FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1914

THÈSE

N° 289

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par **François HUÉROU**

Né à Quemperven (Côtes-du-Nord), le 10 novembre 1886

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

Président : M. MARFAN, *professeur.*

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE 23

1914

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A Monsieur le Docteur BROCQ

Médecin de l'hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

Qu'il agrée l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'accueil qu'il a bien voulu nous faire dans son service. Il a dirigé nos travaux, et nous n'avons qu'à nous féliciter de ses conseils judicieux qui nous ont été d'une si grande utilité pour la rédaction de cette thèse.

A Monsieur le Docteur AYRIGNAC

Chef de laboratoire de chimie à l'hôpital Saint-Louis
(service de Monsieur le Docteur Brocq)

M. le Dr Ayrignac voudra bien recevoir ici nos meilleurs remerciements pour l'intérêt qu'il nous a témoigné depuis que nous l'avons connu. Après avoir été l'inspirateur de ce travail, il a mis à notre disposition son expérience et sa riche documentation pour le rédiger. Nous n'oublierons pas son précieux concours et nous nous souviendrons des nombreuses marques d'amicale sympathie qu'il nous a données.

A Monsieur le Professeur MARFAN

Professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital des Enfants malades,
Officier de la Légion d'honneur.

Qui nous fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/psoriasisarthrop0024fran

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PSORIASIS ARTHROPATHIQUE

INTRODUCTION

Lorsque parut, en 1888, la remarquable thèse de Bourdillon sur le « psoriasis arthropathique », déjà Alibert, Rayer, Gibert, Cazeneuve, Devergie, Bazin avaient attiré l'attention sur le psoriasis et les manifestations articulaires concomitantes. Mais, c'est à Bourdillon, sous l'inspiration de Besnier, que nous devons le travail le plus complet sur cette coexistence de deux affections, particularité des plus intéressantes qu'avaient remarquée plusieurs de nos maîtres en dermatologie.

Depuis lors, d'autres ont pu, suivant les préoccupations médicales du moment, apporter au problème, au point de vue étiologique et pathogénique, des solutions nouvelles; rares sont ceux qui en ont nié l'importance.

Besnier avait relaté des manifestations articulaires 5 fois pour 100 cas de psoriasis. Dujardin a porté ce pourcentage à 17 ; Nielsen, il est vrai, le réduit à 3 °/₀.

Proportion relativement peu élevée, il faut l'avouer.

Mais, en l'occurrence, la gravité particulière de la dermatose, à laquelle s'ajoute une affection d'une tenacité désespérante, suffirait à nous convaincre de l'importance du sujet.

Nous avons pu, grâce à la bienveillance de M. le Dr Brocq, observer, dans son service de l'hôpital Saint-Louis, plusieurs malades atteints de psoriasis et de manifestations articulaires.

Nous avons, d'autre part, suivi de près les travaux de M. le Dr Ayrignac sur le chimisme de ces malades.

Nous n'avons pas la prétention de clore par ce travail toutes les discussions auxquelles a donné lieu, l'étude du psoriasis arthropathique. Plus modeste est notre but.

Dans une première partie, nous décrirons les caractères cliniques du psoriasis et des arthropathies ; nous ferons l'historique et la critique des rapports de ces affections ; nous en rappellerons les diverses théories pathogéniques.

Dans une seconde partie, nous verserons au débat nos observations personnelles ; nous étudierons les troubles chimiques qui les caractérisent ; nous comparerons ces troubles à ceux du psoriasis et du rhumatisme chronique déformant, puis, après avoir succinctement parlé du traitement, nous apporterons nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique

Le psoriasis n'est pas une maladie dont les éléments éruptifs présentent toujours le même aspect, la même localisation, la même évolution. La tache de bougie, les plaques vulgaires apparaissent généralement sur les surfaces d'extension : au coude et sur la partie postérieure du cubitus, au genou et sur la partie antérieure et externe de la jambe. Leur siège de prédilection est le cuir chevelu. Réagissant au traitement, et ne tendant guère à s'étendre, elles menacent toujours le sujet de la récidive.

C'est le type simple que nous apporte chaque jour l'observation. Son évolution est banale, et ne crée au malade d'autre ennui que celui de porter sur la peau, sans espoir de guérison complète, le sceau de sa maladie.

Mais il n'en est pas toujours ainsi, et l'on voit souvent le psoriasis, lorsque des lésions articulaires se manifestent chez un sujet, prendre un aspect spécial.

Tantôt l'efflorescence est composée de grands placards fixes, qui occupent de préférence le pli interfessier,

l'aisselle, la partie postérieure des bourses ; tantôt elle présente une tendance à la généralisation, à l'érythrodermisation. Les larges placards à contours polycycliques s'étendent de plus en plus, s'unissent les uns aux autres et forment au corps une enveloppe rouge couverte de squames nacrées.

Psoriasis rebelle à la diversité des traitements, ne laissant que de rares éclaircies sur le tégument, attaquant les ongles avec violence et donnant souvent au sujet qui en est atteint l'aspect d'un « vieux chêne moussu », selon l'expression imagée d'Alibert : telle apparaît généralement cette dermatose dont la gravité n'échappe à personne, au dernier degré de son évolution.

Qu'il y ait des exceptions à cette règle, nul ne le conteste. Et les manifestations articulaires peuvent s'accompagner d'un psoriasis peu étendu, localisé, n'ayant aucune tendance à se généraliser.

Cependant, la loi générale veut que l'éclosion des troubles articulaires s'accompagne d'une crise aiguë de psoriasis qui se manifeste par une extension et une ténacité de plus en plus grandes.

Ces troubles articulaires, quels sont-ils ?

Au milieu d'une bonne santé apparente, à l'occasion d'un épuisement passager, d'une perturbation morale, le malade éprouve brusquement des douleurs au niveau d'un nombre variable de jointures. Celles-ci sont rouges et présentent un certain gonflement.

Le tout s'accompagne souvent de malaise général et d'un léger état fébrile.

Ces différents symptômes peuvent être précédés d'une lassitude extrême, de divers élancements douloureux, de faiblesse dans les membres inférieurs. Parfois le caractère devient irascible, impressionnable, le malade manifeste des impatiences nombreuses et à l'occasion d'une poussée aiguë de psoriasis les troubles articulaires apparaissent.

Les petites articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes de l'index et du médius sont en général les premiers atteintes, sans qu'on puisse affirmer leur priorité dans tous les cas. A leur niveau les douleurs et l'inflammation peuvent être intenses, les désordres qui en résultent lents à régresser, si tant est qu'on puisse espérer un retour à l'état normal.

Les grandes articulations peuvent être le siège de douleurs, mais les déformations y sont rares.

Un caractère particulier de ces arthropathies est de se localiser à une ou plusieurs articulations et de s'y fixer définitivement. Leur apparition semble ne pas être livrée aux soins du hasard et elle revêt souvent une symétrie des plus nettes par rapport au foyer d'innervation cérébrale.

Les membres inférieurs résistent le plus longtemps à l'atteinte du mal. Mais à chaque crise une région nouvelle se prend et au bout de quelques années les lésions peuvent se généraliser et placer le malade dans l'impotence la plus complète.

Le début bruyant peut ne pas être la règle et il arrive qu'un psoriasique se plaigne depuis plusieurs années de gêne dans les mouvements articulaires, de douleurs

peu vives, supportables. Cette gêne et ces douleurs sont intermittentes, apparaissent, cessent et réapparaissent pour se fixer définitivement et se généraliser en s'aggravant d'une légère fièvre.

La crise est identique au rhumatisme subaigu ou au rhumatisme aigu chez un malade atteint de polyarthrite déformante.

La douleur peut-être localisée et légère ou présenter une excessive intensité et une diffusion extrême. Elle siège au niveau de l'interligne articulaire, suit les gaines tendineuses ou s'arrête aux extrémités osseuses.

Les phénomènes locaux semblent ne pas correspondre toujours à l'intensité des douleurs ressenties.

Les articulations sont modérément rouges et gonflées Il existe une légère fluxion péri et intra-articulaire, mais l'épanchement est rare ou de peu d'importance. Certaines régions du corps peuvent présenter une hyperesthésie exquise et on ne peut les toucher sans craindre d'ébranler désagréablement le malade,

Des soubresauts, des crampes, des contractures augmentent encore l'état douloureux du sujet.

Lorsque la crise éruptive se calme, la lésion articulaire ne rétrocède que lentement laissant après elle les articles tuméfiés, raidis. Elle peut se voir surprise dans sa marche vers la guérison par une nouvelle poussée. Et chaque période peut durer un temps variable de deux à quatre mois, présentant toujours une résolution de plus en plus incomplète.

Lorsque les arthropathies sont partielles, la douleur et la gène dans les mouvements peuvent seules se ma-

nifester, mais si elles se généralisent et prennent le caractère du rhumatisme aigu, la courbature et la céphalalgie frappent aussi le malade et la fièvre quelque exceptionnelle qu'elle soit peut atteindre 39° et 40°.

Les poussées éruptives se succèdent et se rapprochent avec le temps. L'arthropathie s'aggrave et envahit un nombre de plus en plus grand d'articulations. L'état général serait satisfaisant si l'appétit n'était diminué ou supprimé, souvent, et la constipation opiniâtre.

Notons anssi les douleurs intermittentes ou continues qui siègent dans les membres, les espaces intercostaux, les lombes, etc. Leur caractère est très variable. Signalons encore les insomnies fréquentes, les troubles des réflexes augmentés ou diminués, certains troubles de la sensibilité, certains troubles sensoriels.

Lorsque de rares articulations sont atteintes, nous voyons les déformations occuper — à la main par exemple — la racine des doigts, les interlignes phalangiens où l'augmentation de volume est manifeste et prend le type du rhumatisme noueux.

L'action musculaire commande la déviation ; mais les diverses positions sont fixées par le développement des extrémités contiguës, par la production d'ostéophytes, par des brides fibreuses ou même par de véritables ankyloses osseuses. Ajoutons à cela les rétractions tendineuses ou musculaires, les raccourcissements des ligaments et des aponévroses et nous comprendrons les multiples aspects des déformations.

L'atrophie atteint surtout les muscles interrosseux, ceux des éminences thénar et hypothénar.

Si les mouvements sont possibles, ils sont douloureux et peuvent faire percevoir des craquements.

Lorsque l'arthropathie est généralisée, ce qui frappe c'est un mélange de lésions spéciales au rhumatisme simple, au rhumatisme fibreux et à la polyarthrite déformante.

Les multiples et diverses déformations contrastent avec le petit nombre de lésions de la forme précédente. Ici, à côté des hyperostoses, et des nouures, il existe souvent un amincissement considérable des articulations phalangiennes et même une résorption possible de certaines phalanges. C'est la forme osseuse.

Dans la forme fibreuse, les nombreuses déviations articulaires sont commandées seulement par des lésions du tissu conjonctif et musculaire.

A mesure que la maladie évolue, l'état général dépérit. Le corps est émacié. Un changement de température, une émotion vive suffisent pour aiguiser les douleur et l'impotence complète vers laquelle souvent glissent les malades n'est pas la moindre peine qu'ils éprouvent.

CHAPITRE II

Etude historique et critique des rapports du psoriasis et des arthropathies. Pathogénie

A) Étude historique et critique des rapports du psoriasis et des arthropathies

Au cour de l'exposé précédent nous avons fait remarquer les caractères de ressemblance qui existent entre les manifestations articulaires du psoriasis et les différents rhumatismes aigus et chroniques.

Si certains auteurs ne voient dans les premières arthropathies qu'un rhumatisme de la famille rhumatismale, d'autres ont voulu les différencier pour en faire un type à part. Rappelons, parmi ceux-ci, les noms de Besnier, Bourdillon, Brissaud, Darier, etc... Voyons leurs arguments.

Si les arthropathies localisées aux petites articulations des doigts et des pieds peuvent faire croire à la goutte, l'absence de tophus et l'heure variable de la crise combattent cette idée.

La variabilité des douleurs articulaires, la persistance définitive des lésions, leur fixité, l'absence de complications cardiaques, pleurales, etc..., tels sont les prin-

cipaux caractères invoqués par Besnier, Bourdillon, pour écarter le diagnostic de rhumatisme articulaire aigu.

La localisation sur un nombre restreint d'articles après une généralisation plus ou moins complète ; le manque de symétrie ; l'épanchement fréquent ; la résolution lente mais possible plaident en faveur du rhumatisme subaigu.

Le rhumatisme chronique simple, qui survient chez les sujets d'un certain âge et est précédé d'arthrorhumatisme aigu, se distingue de l'arthropathie du psoriasis par la mobilité de ses lésions, l'apyrexie complète, les déformations peu accentuées et l'absence de crise et de paroxysmes de douleurs pendant son évolution.

Duron, dans sa thèse, n'a-t-il pas exagéré en affirmant que le rhumatisme du psoriasis n'était autre que du rhumatisme fibreux tel que l'a décrit Jaccoud ? Sans aucun doute, car le même sujet peut voir ses articulations atteintes les unes de lésions osseuses, les autres de lésions fibreuses ou voir même les deux types de lésions coexister sur une même région.

D'autre part le rhumatisme fibreux de Jaccoud succède au rhumatisme articulaire et s'accompagne de cardiopathies.

D'autres ont insisté sur l'apparition tardive de la polyarthrite déformante, la lenteur de sa marche, l'atteinte successive des jointures, l'ankylose par production ostéophytique, l'exagération des nœuds articulaires pour la distinguer de la polyarthrite du psoriasis. Celle-ci apparaît plutôt chez des individus encore relativement jeunes — en général avant l'âge de 40 ans, — se loca-

lise simultanément sur plusieurs articulations et évolue vers l'ankylose par fusion des extrémités contiguës, régulières, amincies même parfois.

On ne peut encore la confondre avec l'arthrite sèche où une seule jointure est prise.

Quant aux arthropathies tabétiques et syphilitiques, leur diagnostic est trop évident pour qu'on croie nécessaire d'établir une différenciation.

Seule certaine forme d'arthrite blennorragique peut faire naître le doute dans l'esprit du médecin mais les commémoratifs et l'évolution de la maladie ne tarderont pas à faire la lumière.

Les travaux multiples consacrés aux rhumatismes ont peut-être atténué la valeur de certaine différenciation qui paraissait absolue à Besnier, Bourdillon, Unna, etc. Cependant, aujourd'hui encore, Darier voit, dans l'arthropathie du psoriasis, une arthropathie spéciale. Thibierge a écrit que ces arthropathies ne peuvent être mises sur le compte du rhumatisme. Elles ont avec le psoriasis des connexions intimes.

Donc si dans la famille des psoriasis il est un type dont l'aspect clinique particulier appelle plus ou moins irrémédiablement des manifestations articulaires ; si ces manifestations articulaires, loin de se confondre avec une des formes de rhumatismes connues se spécialisent pour créer un type à part, nous concevons que certains auteurs réclament droit de cité pour le « psoriasis arthropathique », entité morbide vraie, dans les classifications nosologiques.

Cette opinion soutenue par les uns est énergiquement combattue par les autres.

Jadassohn croit que tout rapport intime entre le psoriasis et l'arthrite est difficile à prouver. Aucune théorie étiologique ou pathogénique, ni la théorie nerveuse, ni la théorie arthritique, ni la théorie parasitaire n'apportent un ensemble de preuves suffisantes.

Rosenthal ne voit dans cette coexistence qu'un accident fortuit.

Sellei partage l'opinion de Rosenthal. Sur 400 cas de psoriasis, il n'a vu que 3 fois des manifestations articulaires et une fois une arthrite déformante.

Merzen sur 1.000 cas, note seulement 3 fois des troubles articulaires : une arthrite goutteuse, une arthrite post-traumatique, une arthrite blennorragique.

Cette rareté de troubles articulaires coexistant avec le psoriasis ne concorde pas avec les statistiques de Besnier, de Dujardin, etc. Qui croire ? L'école française estime, en général, que ces derniers ont raison.

Les auteurs américains, en particulier Pollitzer, partageant l'opinion précédemment émise, ne voient dans les lésions articulaires, apparaissant au cours du psoriasis qu'un accident vulgaire. C'est une coïncidence de peu d'intérêt au point de vue étiologique ou pathogénique. Un psoriasique se plaint de ses articulations, il pourrait avec autant de raisons se plaindre de céphalée ou d'indigestion. La tuberculose est plus fréquente que le rhumatisme chez les psoriasiques et cependant personne n'a eu l'idée que le psoriasis fut causé par la tuberculose (cité par M. Brocq).

Avant que naissent ces deux opinions, Bazin avait créé son type de psoriasis arthritico-herpétique. Il voyait dans le psoriasis une maladie diathésique qui avait ses racines dans l'arthritisme. L'arthropathie du psoriasique comme celle des rhumatisants et des goutteux était due à une seule cause, le tempéramment arthritique des malades.

Danlos ne croyait pas également que le psoriasis et l'arthropatie fussent deux affections étrangères l'une à l'autre. Il penchait vers la théorie de Bazin en disant « qu'elles avaient une affinité commune pour le terrain qui les supportait. »

« La vieille marotte française », comme disait Hebra, a résisté à toutes les attaques. Et nous voyons aujourd'hui MM. Brocq et Ayrignac, Gaucher et Desmoulières, apporter dans leurs études sur le psoriasis des arguments en faveur de cette viciation de terrain que défendaient Bazin et Danlos.

L'organisme doit élaborer et assimiler les aliments ingérés. S'il est inférieur à sa tâche, il accomplit un travail nuisible car les toxines produites en grande quantité et insuffisamment éliminées lèsent les cellules et constituent un terrain favorable aux dermatoses, à l'asthme, à la bronchite, aux dyspepsies, à la lithiase biliaire, etc. Ce fond spécial qui est l'arthritisme et que niait Besnier, que niait l'école de Vienne, permettra l'éclosion non seulement de la dermatose mais des troubles articulaires multiples.

Par une différenciation parfois superficielle on a voulu classer à part les artropathies du psoriasis. Aujourd'hui

on tend en s'appuyant sur des études approfondies par la clinique, par la radiologie, par le laboratoire à les confondre avec les différents rhumatismes aigus et chroniques.

Un psoriasique peut contracter le rhumatisme articulaire aigu typique : la mobilité des fluxions articulaires, l'action souveraine du salicylate, l'atteinte cardiaque en sont des preuves irrécusables. Gaucher, Dujardin, etc., en ont publié des observations bien circonstanciées. Cette forme aiguë de rhumatisme peut guérir parfaitement, reparaître encore et parfois laisser après elle ces lésions, telles que la raideur, la tuméfaction, qui conduisent insensiblement le malade vers la polyarthrite déformante.

Chronique d'emblée, tel apparaît généralement le rhumatisme chez les psoriasiques.

La radiographie est venue enrichir la clinique et nous apprendre que les lésions articulaires et périarticulaires, osseuses ou conjonctives ressemblent en tous points aux lésions qu'elle découvre chez les rhumatisants vulgaires. Dès lors la cause est jugée pour certains auteurs. L'arthritisme actionne le psoriasis, prédispose de même aux arthropathies. Ce sont deux affections distinctes n'ayant pour tout lien commun que les terrains qui les supporte.

Besnier, Bourdillon les voulaient accoupler pour en faire un syndrome unique, et même une entité morbide vraie.

Sans nier toute corrélation entre elles comme le fait Pollitzer, le plus grand nombre des auteurs tend à les

distinguer en affirmant leur prédilection pour le terrain arthritique.

B) Pathogénie

De ce qui précède, on peut pressentir que les théories qui ont été émises sur la pathogénie du psosiasis arthropathique peuvent se ramener aux trois suivantes : théorie nerveuse ; théorie diathésique ; théorie infectieuse.

1° Théorie nerveuse

La nutrition de la peau, comme celle de tous les organes, est sous la dépendance du système nerveux. D'autre part, le tégument externe et le névraxe dérivent du même feuillet ectodermique. Pour ces deux raisons, on a conclu que l'altération du système nerveux pourrait être la cause première de certaines dermatoses.

L'orsqu'on étudie les antécédents personnels ou héréditaires d'un malade atteint de psoriasis, on trouve qu'il appartient à la « famille névropathique ». Ses parents ont pu lui léguer le lourd héritage de l'hystérie, de l'épilepsie, etc., lui-même a pu présenter des crises de neurasthénie ou toute autre névrose qui le classent définitivement.

L'apparition du sporiasis coïncide si souvent avec une émotion, une frayeur, un chagrin, une fatigue que l'on n'a pas hésité à y voir une relation de cause à effet en prenant le système nerveux comme intermédiaire.

Rendu n'a-t'il pas trouvé des troubles de la sensibilité

tactile et thermique au niveau des larges placards de sporiasis, une analgésie complète sur les plaques circinées ? Il est vrai qu'il n'a rien observé au niveau des taches de la forme guttata.

La symétrie de l'éruption et sa localisation sur le trajet des nerfs ont eu de nombreux observateurs.

Testut a consacré sa thèse à relater les cas de symétrie qu'il avait étudiés.

Et que de fois le psoriasis ne s'accompagne-t-il pas de douleurs à tel point qu'on a créé le terme de « psoriasis douloureux ». L'éruption ne serait que le symptôme accessoire et la douleur dominerait avec l'irritation spinale.

Les arthralgies sont fréquentes, mais en dehors d'elles on signale les névralgies de siège et d'intensité variables : intercostales, sciatiques ; des myalgies, de l'engourdissement, des fourmillements.

Assez constamment, les réflexes tendineux sont exagérés. Le psoriasis paraissait vraiment comme une conséquence de l'altération du système nerveux. Leloir, Vidal, Kopp ont étudié les nerfs sous-jacents des plaques psoriasiques ; leurs résultats ont été négatifs. Cela ne les a pas arrêtés et Leloir a soutenu que les dermatoses par choc moral existaient en dehors de toute lésion nerveuse. « Les malades ont des poussées de psoriasis, disait Brissaud, comme d'autres ont des crises d'hystérie ou d'angine de poitrine. » Et dès lors qu'on invoque avec Waller et Samuel l'existence des nerfs trophiques ; qu'on soutienne la théorie vaso-motrice de Schiff et Brown-Sequard ; qu'on croit à l'origine

périphérique ou à l'origine médullaire (Bourdillon) des troubles cutanées ; qu'avec Weyl on émette l'hypothèse d'une modification des centres nerveux se répercutant sur la nutrition des téguments, etc... l'essentiel pour les partisans de la pathogénie nerveuse est qu'on admette une lésion du système nerveux comme cause première de la dermatose.

L'étude des arthropathies du psoriasis aurait, semble-t-il affermi leur conviction. En dehors des antécédents névropathiques qu'on s'est plu à relever chez les malades ou dans leur ascendance,les troubles articulaires et ab-articulaires ont paru aussi, pour eux, affecter une allure toute spéciale. Ils ont écarté l'identité de l'arthropathie psoriasique et du rumathisme déformant ou de toute autre forme de rhumatisme.

Nous ne reviendrons pas ici sur cette différenciation exposée plus haut.

Mais ce qui a attiré l'attention des auteurs c'est la symétrie des lésions articulaires, leur localisation précoce et leur fixité aux doigts. Ils revendiquent encore hautement pour l'appui de leur thèse divers troubles musculaires et particulièrement certaine paralysie, la rétraction, la contracture l'atrophie.

Les muscles ont conservé leur contractibilité musculaire et électrique et l'atrophie rappellerait l'atrophie de l'arthrite rhumatismale si elle était moins généralisée et moins intense.

Les troubles nerveux d'origine spinale telles que les névralgies, les myalgies etc... ; les troubles de l'ouïe,

de la vue sont encore plus riches ici que dans le psoriasis simple.

Les fonctions secrétoires sont diminuées ou exagérées.

Quelle lésion rendre responsable de tous ces troubles?

Les uns croient à une paralysie des nerfs vaso-moteurs, les autres à leur contracture persistante.

La nutrition des éléments anatomiques peut être perturbée si les centres nerveux trophiques comme le pense Vulpian perdent leur pouvoir de régulation et d'excitation.

Ce centre nerveux trophique, Besnier, Bourdillon en voient le siège dans la substance grise de la moelle. Il en émanerait des fibres nerveuses qui présideraient à la nutrition de la peau. Qu'une altération organique ou fonctionnelle atteigne ce centre et les lésions arthropathiques lui répondent.

Duron attribue l'existence du rhumatisme fibreux du psoriasis tel qu'il l'a étudié, a un trouble dans la fonction de la moelle, sans préjuger d'ailleurs de l'influence possible du système nerveux central. Il admet le même processus que celui qui provoque les atrophies musculaires dans les arthrites et l'apparition de certaines dermatoses tel que l'acné dans les affections de l'utérus et de l'estomac.

Polotebnoff attribue les lésions articulaires à une « névrose vaso-motrice et trophique ».

Sans apporter des arguments puissants, Gerhardt et Fischel penchent aussi vers l'origine nerveuse.

Il existe pour Adrian dans l'étiologie de la polyarthrite déformante des facteurs trop spéciaux et qu'on ne trouve pas dans l'arthropathie du psoriasis et réciproquement pour affirmer l'identité des deux maladies. Si l'hypothèse d'une trophonévrose réflexe ou centrale n'est pas démontrée, elle est vraisemblable.

Kuznitzky croit à une irritation spinale chronique e ne croit à aucun rapport avec le rhumatisme ou la goutte.

La valeur clinique du syndrome avait suffi à plusieurs de ces auteurs pour affirmer leur opinion sans qu'ils aient pu apporter à l'appui de leur thèse l'autorité d'une preuve d'autopsie. Depuis lors Jacquet aurait trouvé des lésions médullaires dans un cas de psoriasis arthropathique.

Quelle valeur accorder à cette seule observation ? D'autres recherehes macroscopiques et microscopiques ont été faites sans résultats (Dustin).

2° *Théorie diathésique.*

L'éclosion des nombreux travaux des adversaires de la pathogénie nerveuse est venue infirmer certains arguments qu'on invoquait contre eux.

Brissaud disait : « la famille névropathique est proche parente de la famille arthritique. Dans l'une et l'autre. les manifestations morbides sont comme les rameaux de deux arbres qui s'entrelacent. » « Les deux arbres, dit Charcot, sont voisins, ils communiquent par leur racine et ont les relations tellement intimes qu'on peut se demander quelquefois si ce n'est pas le même arbre. »

La vieille thèse humorale qui tenait une si grande place dans la médecine française, et par laquelle on tendait à expliquer beaucoup de dermatoses, s'était vue délaissée au bénéfice des idées pasteuriennes et de la théorie nerveuse. On oubliait que beaucoup de phénomènes tels que la sciatique, les névralgies, les migraines, l'anorexie, l'irrégularité des réflexes, le rbumatisme etc. ne nécessitaient pas l'intervention d'une altération anatomique ou fonctionnelle du système nerveux. Les partisans d'unc théorie dyscrasique pouvaient les revendiquer pour la défense de leur propre cause.

Peut-on d'ailleurs affirmer que l'appréhension de voir persister longtemps une maladie d'une ténacité désolante, ne crée elle-même unc neurasthénie secondaire avec tout son cortège de symptômes nerveux ? (Audry).

Pour Béhier, Bazin et tant d'autres, le psoriasis n'était qu'une manifestation cutanée d'une constitution arthritique.

Au congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne en 1892, M. Gaucher écrivait dans un rapport sur les métastases du psoriasis : « C'est un retour aux idées humorales que je voudrais tenter, car je crois qu'il est temps de revenir à l'ancienne doctrine française, trop oubliée, qui regardait les maladies de la peau comme des affections cutanées constitutionnelles.

« Je crois que dans la grande majorité des cas, en dehors des affections nettement parasitaires, il faut considérer les maladies de la peau comme des accidents cutanés, passagers ou persistants suivant la cause et la durée de cette cause, accidents déterminés par une in-

toxication aiguë ou chronique. L'intoxication productrice des dermatoses est rarement mais quelquefois d'origine minérale, plus souvent d'origine végétale infectieuse ou non, ordinairement d'origine animale.

« Cette intoxication animale ou auto-intoxication chronique est due à l'élaboration vicieuse de la matière azotée dans l'organisme. L'élimination du poison par la peau produit l'éruption cutanée ; celle-ci est donc le résultat d'un effort éliminateur de l'organisme. Si vous guérissez trop rapidement et imprudemment l'éruption, vous supprimez l'élimination cutanée et vous provoquez l'imminence de métastases viscérales. »

Et Gaucher relate avec observations à l'appui, différentes manifestations diathésiques, l'asthme, la bronchite, les dyspepsies, le rhumatisme articulaire, l'artério-sclérose, etc., auxquelles sont sujets les psoriasiques. En étudiant les antécédents personnels ou héréditaires des malades, on ne peut négliger les cas très fréquents ou l'arthritisme se manifeste d'une façon nette et absolue.

Est-il d'ailleurs nécessaire que, par exemple, les troubles dyspeptiques existent, pour affirmer une élaboration ou une assimilation défectueuse des aliments. La cellule peut être attaquée, longtemps, par les toxines avant que sa fonction ne soit suffisamment annihilée pour produire les troubles qui appellent l'attention du malade.

Cette intoxication silencieuse peut retentir sur tous les organes et les affections cutanées, psoriasis et autres, ne seraient qu'une première manifestation entre toutes

celles qu'on pourrait accuser la diathèse arthritique de produire.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1912, M. Gaucher écrivait encore : « Cette affectation (le psoriasis) appartient an groupe des dermatoses diathésiques qui présentent comme nous le savons, les rapports étroits avec d'autres manifestations très disparates comme l'asthme, la goutte, le rhumatisme chronique, l'emphysème, l'artério-sclérose, les bronchites chroniques. Comme toutes ces branches d'une même grande famille, le psoriasis est constitué essentiellement par un vice de nutrition.

« A la base de toutes ces affections, nous trouvons en effet une altération de l'état humoral, une auto-intoxication pour employer une expression moderne, dont l'analyse chimique nous révèle la nature ; il s'agit d'une auto-intoxication par une forte proportion de matières extractives azotées, des purines, corps à la fois très toxiques et très peu solubles... »

Dès septembre 1904 MM. Brocq et Ayrignac avaient, dans une communication au congrès de Berlin, signalé la déviation de la nutrition dans le psoriasis.

Au mois de juillet de la même année, MM. Gaucher et Desmoulières avaient fait paraître dans la Revue générale de physiologie et de pathologie, une étude sur les troubles nutritifs de l'eczéma et du psoriasis. Voici leur conclusion :

« L'élimination urinaire montre que les perturbations nutritives sont sensiblement les mêmes dans l'eczéma et dans le psoriasis. L'abaissement constant du rapport azoturique apparaît comme le fait le plus saillant. Dans

aucune de nos analyses nous n'avons trouvé, en effet, un rapport azoturique normal. L'élaboration incomplète des matières azotées se manifeste encore et toujours avec la même constance par la présence de traces de peptones, de leucines, de tyrosine, d'albumine, et l'augmentation absolue ou relative (c'est-à-dire par rapport à l'urée) de l'acide urique et des composés xanthiques. Dans l'eczéma et le psoriasis, le mauvais fonctionnement de la cellule hépatique vient encore se traduire par l'hypéracidité, par la présence d'acide lactique et souvent d'acide oxalique (produits de combustion incomplète) et aussi par la présence d'une proportion anormale d'urobiline. Les analyses urinaires des psoriasiques et des eczémateux montrent de plus en plus un abaissement très net de l'oxydation du soufre et une augmentation notable des dérivés sulfo-conjugués caractéristiques de l'intoxication d'origine intestinale.

« Nous signalerons, enfin, l'élimination généralement faible d'acide phosphorique et la forte proportion de chlorures par rapport au résidu total ».

Donc, en résumé, élaboration incomplète de la matière azotée et production excessive des matières extractives qui sont la source de l'auto-intoxication diathésique.

En mars 1905, MM. Gaucher et Desmoulières ont publié une nouvelle étude où « ils établissent de nouveau l'abaissement constant du coefficient azoturique et aussi l'élévation du rapport de l'acide urique à l'urée. De plus ils notent une déminéralisation chlorurée très marquée ».

En décembre 1905, François Dainville note l'hyperacidité constante dans le psoriasis, la diminution de l'urée, l'acide urique augmenté, l'azote total diminué, le phosphate généralement diminué, le soufre neutre augmenté, la déminéralisation chlorurée augmentée.

Ces divers auteurs n'ont pas tenu compte du facteur régime pour l'interprétation des résultats qu'ils exposent ; or il est avéré que le mode d'alimentation et d'existence du malade tiennent une place de premier ordre dans les variations des formules urologiques.

Pour faire suite à leur rapport de 1904, MM. Brocq et Ayrignac ont publié en 1906 des travaux où l'erreur grave des précédents auteurs était évitée.

Ils n'ont pu établir une formule unique, urologique pour le psoriasis.

Ils ont trouvé des troubles nutritifs constants.

Les fermentations intestinales sont fréquentes mais n'existent pas dans tous les cas.

Les combustions des albumines sont parfois exagérées, le plus souvent diminuées.

L'exagération de désassimilation des matières minérales est de règle.

L'insuffisance de dépuration urinaire est aussi fréquente.

Dernièrement au mois de janvier 1914, J.-F. Schamberg, professeur de dermatologie à la « Philadelphia polyclinic », publiait un travail sur le rapport du psoriasis et la teneur du régime alimentaire en azote.

Ayant fait suivre à ses malades un régime alimentaire où la quantité d'albumine était connue, il a constaté

une rétention azotée qui évoluait parallèlement à l'étendue et à l'intensité de l'éruption.

Cette rétention était supérieure à la déperdition par les squames et existait même en dehors de toute lésion cutanée. Elle ne pouvait davantage s'expliquer par un trouble du pouvoir excréteur des reins qui a été reconnu normal.

Schamberg a constaté une influence favorable du régime pauvre en azote sur l'éruption qui s'améliore ou même disparaît, tandis qu'une alimentation riche en albumine détermine une extension des lésions.

Les uns voient dans cette viciation de la nutrition la cause même du psoriasis, les autres ne la considèrent que comme un terrain spécial favorable à la production de cette dermatose dont la cause serait encore inconnue.

Invoquant la diathèse pour expliquer le psoriasis, certains auteurs n'ont vu qu'une association diathésique dans le psoriasis arthropathique.

Béhier considérait les arthropathies des psoriasiques comme appartenant au rhumatisme chronique déformant.

Devergie disait : « Je me suis demandé si cet état des mains qui ressemble à celui des goutteux, les tophus osseux excepté, dépendait exclusivement du psoriasis ou s'il ne se montrait pas sous l'influence de cette maladie, lorsque le sujet avait été autrefois atteint de douleur rhumatismale. »

Pour Bazin, les manifestations articulaires n'étaient comme le psoriasis que des manifestations arthritiques.

Danlos tendait à partager l'opinion de Bazin.

Eger rapporte plusieurs cas de psoriasis arthropathique. Dans un de ces cas le sujet avait seulement du psoriasis, mais sa mère présentait une polyarthrite déformante des doigts.

D'autres, tels Le Roy, Satterlee, Gaskoin ont signalé les mêmes faits.

Une malade de Molinié est atteint de polyarthrite déformante progressive avec hyperthrophie thyroïdienne et sa fille présente du psoriasis arthropathique.

Eger ne doute pas que l'arthropathie du psoriasis appartienne au groupe du rhumatisme chronique.

Herz observe une arthropathie plus ou moins généralisée et Bilroth qui étudia le même cas voit dans les déformations et l'ankylose des petites articulations beaucoup de ressemblance avec la polyathrite déformante.

Poueydebat, dans sa thèse, n'hésite pas à dire que parmi les dermatoses qu'il a observées chez les malades atteint de rhumatisme chronique, le psoriasis tient une bonne place.

Strauss croit aussi à l'arthrite déformante.

Bourdillon et les partisans de la théorie nerveuse prétendent que les antécédents, dits arthritiques, ne s'observent guère chez leurs malades et que l'association du psoriasis et de la goutte est un phénomène très rare.

Lipmann, Wulf, Grosz, Grube témoignent du contraire et Garrod, les dépassant, affirme que le psoriasis est la plus fréquente des dermatoses goutteuses.

Gaucher, après avoir défendu le psoriasis, affection diathésique, ne veut voir dans l'arthropathie que du rhumatisme déformant chronique. Que les lésions soient

chroniques d'emblée ou qu'elles surviennent après une ou plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, elles ne peuvent apparaître que sur un terrain vicié, résultat d'une destruction insuffisante par l'organisme des matières extractives azotées.

M. Brocq ne voit aussi dans le psoriasis arthropathique qu'une association de deux affections, distinctes, apparaissant sur un terrain spécial.

Et à l'appui de leur thèse ces auteurs apportent les révélations de la radiographie qui leur a montré les mêmes lésions osseuses, les mêmes déformations définitives, la même atrophie musculaire que dans la polyarthrite déformante. Analysant quelques-unes de ses radiographies, M. le Dr Belot écrit : « les surfaces articulaires sont érodées, leur contour peu net, l'interligne articulaire se modifie et se rétrécit. Des productions anormales, vraisemblablement ossifiées, rompent la netteté des surfaces articulaires. On peut voir l'ossification des tendons. Les déformations sont d'autant plus marquées que les surfaces articulaires sont plus petites. Le tissu osseux est raréfié. Une altération plus rare mais importante existe parfois : la soudure complète de deux phalanges, la disparition de l'articulation, sans qu'il reste aucune trace de son existence. »

Nous devrions rappeler, peut-être, pour être complet, toutes les lésions que les radiologues ont laborieusement constatées dans les différentes formes de rhumatismes aigus et chronique. Mais comme il n'est pas possible de déduire une conclusion pathogénique de l'examen radiologique, nous nous contenterons simplement, de

constater l'identité des lésions proclamée par tous les auteurs.

La viciation de la nutrition est une constatation du plus haut intérêt sur laquelle on ne s'est pas fait faute d'insister. En effet, sans terrain spécial, pas de rhumatisme chronique, a-t-on dit. Si l'arthritisme est une auto-intoxication de l'organisme par les matières extractives azotées principalement, comme le veut Gaucher, on peut concevoir que les déchets chimiques telles les toxines microbiennes « fassent éclore le rhumatisme chronique par un mécanisme univoque, encore que mal connu, caractérisé surtout par l'inflammation massive du tissu conjonctif articulaire et péri-articulaire » (Rathery).

Si certains cas très complexes ne peuvent être expliqués par cette hypothèse, on peut admettre que les agents chimiques « intéressent, avec le tissu conjonctif, le système nerveux qui, altéré, réagirait à son tour et donnerait lieu à des manifestations morbides spéciales ».

Et cette dernière hypothèse a fait écrire à Pitres et Carrière que les lésions nerveuses dans le rhumatisme chronique «sont une sorte d'intermédiaire entre la maladie générale qui constitue le rhumatisme et les dystrophies articulaires qui en sont la manifestation locale la plus fréquente et la plus caractéristique ».

En terminant ce paragraphe, nous rappellerons l'influence que plusieurs auteurs accordent à l'insuffisance des glandes à sécrétion interne, thyroïde, testicule, ovaire, etc..., dans la production du psoriasis, qu'ils admettent le rôle direct de ces glandes ou qu'ils les

accusent de rendre le terrain favorable à la dermatose.

L'hypothyroïdie, encore, bien caractérisée ou fruste, peut être souvent diagnostiquée chez les malades atteints de rhumatisme chronique.

Le succès du traitement de cette affection par l'extrait thyroïdien est avéré. Dès lors, y a-t-il un rapport de cause à effet entre l'arthropathie et l'insuffisance thyroïdienne, ou l'insuffisance thyroïdienne rend-elle le terrain favorable à l'éclosion des troubles articulaires ? Les deux opinions ont des partisans.

A côté de ce facteur toxique qu'il serait imprudent de nier, on trouve parfois comme facteur adjuvant, en tant que processus infectieux, la syphilis.

La similitude des lésions du psoriasis dans certaines formes circinées ou papuleuses, et les manifestations secondo-tertiaires de la syphilis, n'a pas manqué d'attirer l'attention des médecins.

Le traitement spécifique lui-même peut améliorer parallèlement les éléments syphilitiques et les éléments psoriasiformes.

La clinique, encore, a reconnu la fréquence relative de cette dermatose, les trois premières années de l'infection syphilitique.

C'est pourquoi, certains auteurs ont cru voir dans le psoriasis une forme atténuée de la syphilis, d'autres ont simplement accusé la syphilis, par les altérations profondes qu'elle imprime au tégument, de favoriser l'éclosion du psoriasis.

Dans le même ordre de faits, il est incontestable que

le psoriasis coïncide souvent avec la vaccination, avec certaines maladies infectieuses, ou les suit.

Dans le paragraphe suivant, nous allons pouvoir envisager avec plus d'ampleur ce côté du problème.

3° *Théorie infectieuse*

Diverses conceptions sont nées où le parasite et le microbe sont regardés comme la cause du psoriasis.

Les uns pensent que ce microbe ou ce parasite circulent dans l'organisme et se déposent dans les téguments comme dans la syphilis, la variole.

Les autres croient à l'action d'un parasite exogène comme dans le favus, le pityriasis versicolor.

D'autres enfin, voient dans le psoriasis une dermatose que les microbes les plus banals peuvent produire, si une prédisposition constitutionnelle rend le terrain favorable à leur développement.

Le développement des plaques psoriasiques par leur périphérie, leur forme circinée qui s'affaisse et guérit au centre comme des colonies parasitaires — il en est ainsi dans la teigne tondante, dans la syphilis, — l'efficacité du traitement antiseptique externe, autant d'arguments qui servent à faire valoir la nature infectieuse du psoriasis. Ajoutons à cela la leucocytose, la polynucléose, l'éosinophilie trouvées par quelques auteurs, tel que Leredde et nous comprendrons leur prédilection pour cette théorie.

Mais les objections s'élèvent et abondent ; l'érythème multiforme, le lichen planus, le lupus érythémateux

montrent aussi l'extension par la périphérie et la guérison centrale et sont cependant des affections dont la nature parasitaire n'est pas admise.

D'autre part, l'inoculabilité que l'auto-observation de Destot tendrait à prouver — observation qui n'est pas à l'abri de toute critique — compte trop d'échecs pour entraîner nos convictions.

La contagiosité aurait plus de crédit auprès des dermatologistes et les cas qu'ont rapportés Hebra, Schamberg et d'autres sont assez impressionnants. La fréquence du psoriasis contraste trop cependant avec la rareté des cas de contagion pour qu'on puisse formuler une loi générale.

Nous ne nous attarderons pas à rappeler tous les travaux se rapportant à la découverte des microorganismes regardés comme spécifiques du psoriasis : les résultats sont trop incertains.

Forts des raisons qui militent en faveur de la pathogénie infectieuse, un certain nombre d'auteurs qui augmente de plus en plus, n'hésite pas à accuser les microorganismes de produire non seulement le psoriasis mais aussi les arthropathies.

L'agent infectieux, d'après Baquero-y-Traserios, lèse le système nerveux qui répond par des troubles articulaires divers. Hallopeau et Leredde veulent que le parasite et ses toxines pénètrent dans la circulation pour léser secondairement les articulations.

Waelsch attribue aux toxines un rôle prépondérant. Ces toxines déterminent une irritation de la peau et, entre différentes dermatoses, le psoriasis. Imprégné de

substances toxiques, troublé dans sa nutrition, l'organisme se cachectise. Occasion propice au rhumatisme chronique..

Waelsch prétend voir une analogie entre ce qui se passe dans la blennorragie et dans le psoriasis : les toxines déversées dans la circulation par les microbes produisent un rhumatisme toxi-infectieux dans les deux cas.

Plus est, Baermann a décrit une manifestation cutanée, une parakératose, due aux toxines du microbe de Neisser. Chauffard et Fiessinger ont reproduit expérimentalement cette parakératose. Si les lésions articulaires apparaissent, quelle analogie troublante !

Cette parakératose même qui serait pour les uns spécifiques de la blennorragie, aurait, d'après Waelsch, Deutsch et Grosz, des caractères de ressemblances manifestes avec le psoriasis et les deux affections peuvent être parfois difficilement distinguées l'une de l'autre.

Une observation de Hallopeau et Macé de Lépinay, parue dans les *Annales de Dermatologie* de 1906, relate l'histoire d'une malade atteinte de psoriasis et de manifestations articulaires ressemblant à l'arthrite blennorragique.

Leur malade avait eu une chaude pisse, il y avait cinq ans mais en paraissait complètement guérie.

Psoriasique déjà, elle est à cette époque (1906) atteinte de troubles articulaires. Une de ses mains devient œdématiée, douloureuse. Les mouvements des doigts sont pénibles. Les douleurs siègent au niveau des gaines des extenseurs. La peau du dos de la main est rouge, chaude, tendue. Le salicylate de soude se montre inefficace et

les symptômes précédents s'aggravent en s'accompagnant d'impotence complète et d'atrophie musculaire.

Le psoriasis, pour Hallopeau et Macé de Lepinay, s'accompagnerait de rhumatisme blennorragiforme dû, peut-être, « à la puissance exceptionnelle de l'agent pathogène commun au psoriasis et aux arthropathies ».

Plus est encore, Balzer et Deshayes ont vu un psoriasis atypique apparaître chez une malade atteinte de blennorragie avec arthrite. Le traitement vint à bout de la blennorragie et le psoriasis disparut avec elle.

Dès lors les hypothèses, plus suggestives les unes que les autres, sont possibles. Mais les résultats scientifiques manquent. Dans quelle mesure peut-on accuser les microbes de produire directement le psoriasis et l'arthropathie ? Dans quelle mesure, le terrain aide-t-il à l'action de ces microbes ?

Hébra et l'Ecole de Vienne voyaient dans le psoriasis le « morbus fortiorum », la maladie des biens portants. Pour eux la tuberculose se montrait rarement chez les psoriasiques. Thibierge au contraire prétend avoir rencontré parmi ces malades des sujets maigres, anémiés, tuberculeux ou candidats à la tuberculose. Pollitzer a même avancé que la tuberculose était aussi fréquente chez les psoriasiques que le rhumatisme. Scherwell a contesté le fait et M. Brocq croit également à la rareté de la tuberulose. Dujardin a diagnostiqué la tuberculose trois fois seulement sur 200 cas de psoriasis.

Nous avons vu que la déminéralisation existait toujours chez les psoriasiques. L'organisme perd, de ce fait même, de sa force de résistance. Le sujet devient un débilité apte à contracter la tuberculose.

Les faits cliniques semblent appuyer l'association du psoriasis et de la tuberculose. « J'ai vu, dit M. Gaucher, bien souvent, les enfants d'une même famille entachée de tuberculose, présenter les uns du psoriasis, les autres des manifestations franchement tuberculeuses. Le psoriasique lui-même primitivement indemne de localisation bacillaire présente bien des fois dans le cours de son existence des atteintes de la tuberculose. » Audry est du même avis que Gaucher. Les manifestations tuberculeuses qu'il a constatées sont généralement atténuées. Ce sont : la tuberculose verruqueuse, les lupus, les lésions pulmonaires à marche lente et bénigne.

Dujardin confirme le même fait.

Si, selon l'opinion de Poncet, le psoriasis peut, avec la même morphologie et avec des caractères objectifs identiques, reconnaître des causes variées, souvent d'après le même auteur il n'est qu'une « dermatose bacillaire ». « La peau est un lieu d'élection pour la « tuberculose inflammatoire », c'est-à-dire pour cette tuberculose atténuée, atypique, non folliculaire que Poncet et ses élèves ont étudiée et dont aucune lésion anatomopathologique, aucune recherche de laboratoire ne peuvent révéler l'existence.

Cet empoisonnement tuberculeux de l'organisme ne se manifeste pas seulement à la peau. Les atteintes articulaires sont fréquentes. Beaucoup de rhumatismes

sont étiquetés aujourd'hui tuberculeux et parmi eux Poncet place les arthropathies du psoriasis.

Le rhumatisme tuberculeux peut revêtir les différentes formes de rhumatismes aigus et choniques. Nous n'en referions pas l'histoire sans nous entraîner trop loin. Ce qu'il suffit de dire c'est que pour suspecter la nature tuberculeuse des arthropathies du psoriasis, il faut pouvoir s'appuyer sur des antécédents héréditaires ou personnels bacillaires ; sur un état général *ad hoc.*

La tuberculino-réaction peut être d'un grand secours si elle est positive et elle le serait fréquemment. Le Dr Milian l'a constatée cinq fois sur six cas.

L'étude radiographique des troubles articulaires révèle des lésions d'inflammation banale allant depuis une raréfaction osseuse plus ou moins marquée, plus ou moins étendue jusqu'à la sclérose osseuse. Ce double processus qui cliniquement se manifeste par des ankyloses osseuses d'un côté, et des arthrites chroniques déformantes de l'autre, peut se voir sur un même sujet.

Poncet dit : « A côté des troubles profonds de la nutrition, d'une trophonévrose atrophique, se trouvent des lésions manifestement irritatives, certainement infectieuses qui édifient de l'os nouveau, qui font des ankyloses complètes, des synostoses. »

Depuis le jour où la théorie de la « tuberculose inflammatoire » est née, d'autres que Poncet et ses élèves ont voulu expliquer par elle, la nature du psoriasis et des arthropathies.

Balzer et Burnier ont présenté à Poncet un malade

que celui-ci, en faisant valoir tous les arguments favorables précédemment exposés, a classé dans la famille des rhumatismes tuberculeux.

Jeanselme, Petges et Desqueyroux ont eux aussi publié des observations où la nature tuberculeuse des arthropathies était mise en cause.

On ne peut cependant pas dire que la théorie tuberculeuse soit prouvée scientifiquement. Et c'est pourquoi beaucoup d'auteurs se refusent à l'admettre.

La lumière n'est pas faite. Et ce serait prématuré de conclure définitivement ce chapitre auquel les cliniciens et surtout les hommes de laboratoire ont encore une page à ajouter, en nous décelant la cause unique, si elle existe, du psoriasis.

CHAPITRE III

Observation I (inédite et personnelle) (1).

Mme T..., 50 ans, rentière.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à l'âge de 33 ans de tubérculose pulmonaire.

Sa mère est morte à 48 ans, également de tuberculose pulmonaire. Elle avait un lupus du nez.

Notre malade est la seule vivante de neuf enfants dont les huit autres sont morts jeunes de convulsions, de croup, de rougeole, etc.

Un frère de sa mère est atteint de polyarthrite déformante.

Son grand-père paternel était alcoolique.

Elle a un fils porteur de psoriasis du cuir chevelu.

Antécédents personnels. — Elle a eu le croup à 4 ans; la chorée à 6 ans; la fièvre muqueuse à 12 ans; à 17 ans le scorbut.

Elle a toujours été maladive, pâle, anémique, peu énergique, sujette aux migraines, à la fatigue générale.

Réglée à l'âge de 13 ans.

Comme travail, elle faisait des couronnes de mariées.

1. Cette observation et celles qui vont suivre ont été recueillies dans le service de M. le Dr Brocq, à l'hôpital Saint-Louis.

A l'âge de 20 ans, Mme T... a aperçu une tache de psoriasis sur le genou. En l'espace de deux ans les taches apparaissent aux coudes et surtout au cuir chevelu.

En même temps, les deux épaules, le poignet gauche puis insensiblement l'index droit sont le siège de douleurs non violentes, supportables, mais permanentes et diminuant avec le mouvement.

Traitement par l'iode et l'arsenic.

Jusqu'à l'âge de 29 ans, le psoriasis évolue par poussées légères. Les jambes et les bras sont les plus atteints. Vers cette même époque, les mains sont prises de douleurs très aiguës. Elles sont enflées. La peau est luisante. Les mouvements sont impossibles. Il n'y a pas de fièvre.

Les crises douloureuses coïncident avec les crises éruptives et durent de un à deux mois.

Mariée à 29 ans ; elle a eu deux grossesses qui n'ont influé sur le psoriasis ni en bien ni en mal.

Pendant quatre ou cinq ans, les douleurs ont presque entièrement disparu.

En 1906, après une forte poussée, elle entre à Saint-Louis.

L'éruption est intense. Les douleurs au niveau des genoux et des talons, l'enflure, rendent la marche et les mouvements pénibles. Quelques douleurs intercostales. La chaleur est très mal supportée.

Le poignet gauche et l'index droit commencent à se déformer. Traitée par des piqûres de Biodure de Hg et des enveloppements au glycérolé cadique, elle sort au bout de vingt jours, blanchie ; les douleurs ont disparu.

De 1907 à 1911, le psoriasis s'est étendu de nouveau et les

douleurs sont revenues. L'action de l'extrait de thyroïde a été nulle.

En 1911 elle rentre à l'hôpital avec douleurs généralisées, les mouvements de la nuque, surtout, sont très pénibles. On lui fsit la réaction de Wassermann qui est négative. Le 606 ne donne aucun résultat. M. Brocq ordonne des piqûres de biodure de Hg. Elle reçoit 10 piqûres de 2 centimètres cubes. Blanchie en peu de temps, les douleurs disparaissent complètement.

Au mois d'octobre 1913, nouvelle recrudescence de douleurs et de psoriasis. Fatigue générale intense. Appétit bon. Digestions bonnes. Selles normales.

Les urines, très chargées, sont de quantité normale.

La malade se plaint de migraines fréquentes, de crampes diverses, d'élancement douloureux, de myalgies, de névralgies intercostale, sciatique.

Réflexes normaux.

Le sommeil est agité, léger, le réveil facile : la courbature très grande le matin.

La vue a diminué depuis quelques mois.

La mémoire est plus souvent en défaut.

Poumons : un peu d'emphysème. Bronchites, laryngites fréquentes. Rudesse inspiratoire et expiration légèrement soufflante au sommet gauche.

Cœur : aucune lésion, parfois quelques palpitations. Pouls : 68 ; ménopause depuis deux ans.

Les sueurs sont supprimées.

Mme T... pesait vers 1898, 75 kilos. En 1907 elle pèse 86 kilos. Après une cure d'amaigrissement, son poids revient à 71 kilos pour remonter en 1913 à 81 kilos.

Main droite. Pouce. — Mouvements diminués. Flexion in-

complète. Ankylose au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne. Craquements.

Index. — Mouvements de flexion et d'extension possible. Déformations en Z. Ankylose complète de l'articulation phalango-phalanginienne.

Médius. — Léger gonflement de l'articulation phalango-phalaginienne.

Rien au *poignet.*

Coude. — Quelques craquements. Rétraction tendineuse du biceps.

Épaule. — Mouvements d'élévation et de circumduction douloureux et diminués.

Mme T... se plaint souvent de fourmillements, d'engourdissements, de sensation de froid dans les bras et les mains.

Main gauche. Index. — Enflure au niveau de la racine du doigt et de l'articulation phalango-phalanginienne.

Rien aux autres doigts.

Au niveau du carpe, déformations diverses. Il semblerait que les os soient atrophiés.

Poignet. — Ankylose et déformation.

Le mouvement de supination est impossible, La pronation est diminuée. L'extension de l'avant-bras est incomplète.

La flexion est plus facile.

Rétraction tendineuse du biceps.

Pieds. — C'est vers 1908 que les orteils, sauf le gros, ont été pris :

Rougeur, douleurs, enflure. Après quelques semaines les déformations seuls sont restées : flexion permanente.

En 1909 les cous-de-pied se prenaient. Actuellement ils ont conservé de la raideur.

En 1911 les gros orteils ont été le siège de rougeur, de gonflement et de douleurs surtout nocturnes. Le contact d'un drap provoquait des souffrances atroces. Après la crise, qui a duré plusieurs mois, les articulations sont restées raides, plus ou moins ankylosées. Actuellement la marche fait éprouver à la malade une douleur au niveau de l'insertion du tendon d'Achille et au-dessous du talon.

Les *genoux* ont été enflés en 1911 est sont restés limités dans leurs mouvements.

La colonne vertébrale est douloureuse et les mouvements qu'elle commande, impossibles ou pénibles.

Le psoriasis, plus ou moins généralisé, est surtout intense au niveau du mollet, des cuisses, des fesses, des lombes, du cuir chevelu et des avant-bras. De larges placards épais le composent. Les ongles sont déformés, épaissis.

La malade a toujours remarqué qu'une recrudescence de psoriasis lui valait un exacerbation des douleurs articulaires, comme la guérison de l'éruption coïncidait avec une accalmie des troubles des articles.

Examen radiographique. — Les lésions de la main droite sont multiples. La raréfaction osseuse est très nette. Il existe une irrégularité marquée des contours, surtout à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse des phalanges.

Les interlignes articulaires présentent des lésions variables : les uns sont normaux ; d'autres sont moins clairs ; il semblerait que les surfaces articulaires se soient rapprochées. Enfin au niveau de l'index, l'interligne a disparu : il y a soudure complète des deux phalanges, continuation des deux os, sans qu'on puisse dire où se trouve la séparation antérieure.

Nous trouvons des érosions marquées au niveau de plusieurs articulations. De même, quelques ostéophytes.

Les sésamoïdes sont augmentés de volume et irréguliers.

Les lésions du carpe de la main gauche sont très avancées. Les os ont perdus leurs formes. Ici existe une transparence très nette, là une opacité très grande. Les interlignes articulaires ne peuvent plus être distingués : certains os sont soudés entre eux, ou soudés au rachis et au cubitus.

L'intra-dermo-réaction à la tuberculine, faite par M. le Dr Pautrier, était nettement positive au bout de quarante-huit heures. Au niveau du point injecté existait un érythème très net, légèrement surélevé, large comme une pièce de deux francs. La température a monté de 36° 8 à 37° 4 et quatre jours après l'injection, la réaction locale était encore visible.

Quantité	1500	800
Densité	1012	1026
Δ	82	200

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	27,6	41,40	59,80	47,84
Résidu minéral	8,89	13,33	20,31	16,24
Chlorures	4,8	7,20	11,80	9,44
Phosphates	1,17	1,75	2,08	1,66
Urée	6,89	10,33	25,78	20,62
Acide urique	0,53	0,79	0,58	0,46
Soufre total	1,07	1,60	2,72	2,17
Soufre conjugué	0,17	0,25	0,24	0,19
Sulfates	0,75	1,12	2,05	1,64
Soufre neutre	0,15	0,22	0,43	0,34
Azote total	4,41	6,61	14,90	11,92
Azote de l'urée	3,22	4,83	12,05	9,64

Molécule.	80	69
Δv.	1640	1904
δv	1053	1219
$\frac{\Delta}{\delta}$	1,55	1,56
Albumine détruite par 24 h.	44 gr. 52	80 gr. 29
Coefficient azoturique. . .	73 °/₀	80 °/₀
Acide urique : urée	7,69 —	2,24 —
Phosphore : azote total . .	26,53 —	13,28 —
Soufre total : azote total. .	24,26 —	18,25 —
Soufre conjugué: soufre total.	15,88 —	8,82 —
Soufre oxydé : soufre total.	85 —	84 —

Observation II (inédite et personnelle)

D..., 40 ans, épicier, marchand de vins, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 26 octobre 1913.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort d'urémie. Il était cardiaque et hémiplégique.

Sa mère vit encore, a des varices et présente une forte obésité.

Il a deux frères et deux sœurs bien portants. Cependant une de ses sœurs a de l'acné.

Pas de psoriasis dans sa famille directe ou collatérale.

Antécédents personnels. — Le malade a eu, étant jeune, de l'impetigo. Caractère irritable, émotif.

Tendance à la constipation.

Sa maladie date de 1900. Un an avant l'éruption psoriasique, D... se plaignait de lassitude générale ; de brulûres d'estomac survenant deux ou trois heures après les repas. Pas de vomissements.

En deux ans, 1898-1900, il a augmenté de poids de 20 kilos.

Au mois de janvier 1900, il se fait vacciner. Quinze jours après, l'éruption apparaît au cuir chevelu et au front. Rien au niveau de la région vaccinée. Démangeaisons très fortes.

Traitement par la liqueur de Fowler et les applications de glycérolé-cadique. Il ne suit aucun régime alimentaire. Il consomme beaucoup de viande, boit un demi-litre de vin par jour et du café.

En l'espace de sept ans, il fait trois ou quatre cures de liqueur de Fowler. La maladie évolue et progresse toujours.

En 1907, l'état de fatigue devient extraordinaire. Les digestions sont très difficiles. Il éprouve des lourdeurs d'estomac intolérables.

La région du foie est sensible.

Les taches de psoriasis apparaissent sur les avant-bras, les jambes et s'étendant au tronc, obligent le malade à rentrer à Saint-Louis en 1910.

Dès cette époque apparaissent les premières douleurs articulaires. Simultanément se prennent les deux gros orteils. Ils sont rouges, tuméfiés, très douloureux.

Au bout de vingt jours de traitement par le glycérolé cadique, l'éruption diminue. La peau reste rouge, scarlatiniforme.

Les douleurs et le gonflement articulaire disparaissent mais les orteils restent raides.

Sorti de l'hôpital, il suit un régime en s'abstenant de café, de salaisons, de conserves.

Amélioration passagère. L'éruption ne tarde pas à subir une nouvelle poussée et le cou-de-pied droit se prend à son tour.

En six mois, une médication à base de colchique et d iodure vient à bout de cette nouvelle manifestation articulaire.

Il semble au malade que pendant son traitement par la colchique, l'éruption fasse du progrès avec plus de vigueur que jamais.

En même temps D... se plaint de douleurs vagues, violentes, erratiques, se localisant surtout à la nuque.

Vers 1912, le cou-de-pied gauche est le siège de gonflements et de douleurs. La marche est impossible.

Un matin, sans aucun signe précurseur, le malade se reveille avec le pouce et l'index de la main droite enflés, plus ou moins immobilisés.

Le genou gauche et l'épaule gauche sont aussi gênés dans leurs mouvements.

La pression costale est pénible.

L'éruption est complète et le malade rentre à Saint-Louis le 26 octobre, pouvant à peine marcher.

État actuel. — Au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne du pouce et de l'index droits existe un gonflement douloureux surtout à la pression latérale. Les mouvements sont difficiles, la peau est luisante, tendue. Les têtes osseuses ne semblent pas hypertrophiées. Les muscles de l'éminence thénar sont légèrement atrophiés.

L'articulation tibio-tarsienne gauche est enflée en masse, douloureuse à la pression et à la marche.

Les différents mouvements, imprimés au pied, sont douloureux.

Les mouvements de rotation et de flexion de la tête sont aussi douloureux.

L'éruption se compose de larges placards, confluents et formant au corps une enveloppe presque complète avec ici et là quelques ilôts de peau saine. La région lombaire, l'abdomen, les cuisses, les jambes sont surtout recouverts de placards épais, à

grandes squames. L'état général n'est pas mauvais. Le malade mange et digère bien. Constipation. Langue saburrale.

Les urines sont diminuées, rouges, uratiques. L'examen du foie révèle une sensibilité assez forte et une légère hypertrophie du lobe gauche.

Les réflexes rotuliens sont exagérés.

Le malade a perdu tout désir vénérien.

Depuis l'apparition des troubles articulaires, les sueurs, abondantes autrefois, ont complètement disparu.

Le temps humide lui vaut une recrudescence de psoriasis et de douleurs.

Rien aux poumons, rien au cœur, pouls 78.

Au bout d'un mois de traitement à l'hôpital, D... sort amélioré quant au psoriasis. Les douleurs articulaires sont peu diminuées.

Janvier 1914. — Marche plus facile. Les mouvements de flexion et d'extension du pied sont peu douloureux, ceux d'adduction et d'abduction le sont davantage.

Genou gauche. — Non douloureux. Tuméfaction au niveau du condyle interne.

Main droite. — L'index fléchit mieux.

Psoriasis. — La figure est blanchie. Quelques plaques à la tête. Le tronc, les membres inférieurs sont rouges et paraissent atteints d'érythrodermie généralisée. Les squames sont petites et abondantes.

Le malade sue beaucoup de la tête. Pouls 96.

Février 1914. — Le tronc a une tendance à blanchir mais les membres inférieurs sont rebelles à tout traitement. La marche devient de plus en plus facile et une douleur siège seulement au niveau du talon.

Le malade se plaint de lassitude générale.

Il ne sue plus de la tête.

Nous devons constater ici l'action efficace du soufre colloïdal en ingestion.

Si le gonflement des articulations atteintes a peu diminué, nous devons constater une laxité plus grande et la disparition presque complète des douleurs.

Ce malade, même sorti de l'hôpital, a suivi son régime à la lettre.

L'examen radiographique n'a pas révélé de grandes lésions. Certains espaces articulaires sont plus flous, rétrécis, surtout au niveau du tarse ; la raréfaction osseuse est assez marquée et c'est tout.

Quantité	1550	2500
Densité	1008	1010
Δ	48	64

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	18,40	28,52	24,15	60,37
Résidu minéral	4,13	6,40	5,57	13,87
Chlorures	1	1,55	3,10	7,75
Phosphates	1,08	1,67	0,76	1,90
Urée	8,26	12,80	5,69	14,22
Acide urique	0,73	1,13	0,40	1,00
Soufre total	0,87	1,34	0,87	2,17
Soufre conjugué	0,26	0,40	0,26	0,65
Sulfates	0,36	0,55	0,34	0,85
Soufre neutre	0,25	0,39	0,27	0,67
Azote total	5,79	8,97	3,63	9,07
Azote de l'urée	3,86	5,98	2,66	6,65

Molécule	76	86
$\Delta\nu$	891	2051
$\delta\nu$	777	1445
$\frac{\Delta}{\delta}$	1,14	1,41
Albumine détruite par 24 h.	60 gr. 42	61 gr. 09
Coefficient azoturique. . .	66 %	73 %
Acide urique : urée . . .	8,83 —	7,02 —
Phosphore : azote total . .	18,65 —	20,93 —
Soufre total : azote total. .	15,02 —	23,96 —
Soufre conjugué: soufre total.	29,88 —	29,88 —
Soufre oxydé : soufre total.	71 —	68 —

Observation III (inédite et personnelle).

Mme L..., âgé de 50 ans, rentière, entre à l'hôpital Saint-Louis le 26 octobre 1913, salle Rayer, n° 19.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte. Elle était atteinte d'eczéma.

Son père est mort paralysé.

Elle a un frère et une sœur bien portants.

Elle a une jeune fille de 18 ans, bien portante, acnéique.

Antécédents personnels. — Jeune, elle a eu de l'anémie. Avait le caractère irritable, émotif.

Bronchite il y a quatre ans. Depuis elle tousse de temps à autre.

Le psoriasis débute à l'âge de 7 ans, par le cuir chevelu, s'étend au coude et au genou. Traitement et guérison par la pommade à l'huile de Cade et la liqueur de Fowler.

Depuis cette époque les crises apparaissent surtout au printemps et à l'automne, guérissent et récidivent toujours.

A l'âge de 20 ans la malade a une forte poussée éruptive avec troubles articulaires. Les deux mains sont entièrement gonflées, rouges, douloureuses. L'impotence est complète.

Les pieds et les genoux sont aussi atteints. Au niveau des gros orteils surtout, l'intensité des symptômes est plus grande.

Au bout de six mois, tout rentre dans l'ordre. Le gros orteil, seul, présente une déformation au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne. De plus il est dévié en dehors.

A la naissance de sa fille, Mme L... a une poussée généralisée de psoriasis.

Il y a quatre ans, elle a eu une crise articulaire, en tout semblable à la première et qui a duré sept semaines. Elle s'est plaint en outre de névralgies intercostales, de myalgies, de céphalée, de grande courbature.

Entrée à l'hôpital Saint-Louis pour une nouvelle crise, Mme L... présente sur tout le corps un érythème généralisé, un psoriasis scarlatiniforme excessivement intense.

Les mains et les pieds très douloureux sont le siège de gonflement et de rougeur.

Les genoux, les coudes, les épaules sont moins atteints, mais es mouvements sont difficiles. La marche est impossible.

La malade dit avoir eu de la fièvre avant son entrée à l'hôpital. Elle se plaint de bouffées de chaleur, de sueurs profuses.

Avant cette dernière crise les digestions étaient pénibles et l'amélioration s'est faite subitement dès l'apparition du psoriasis.

La chute des cheveux est complète.

L'appétit est bon. Un peu d'amaigrissement depuis quelques mois.

Pas de constipation. Fermentations cæcales. Urines normales. Rien au cœur.

Léger emphysème.

Réglée à 13 ans. Règles normales.

Réflexes rotuliens normaux.

Pas de troubles de la sensibilité. Pas de troubles sensoriels.

Depuis son arrivée à l'hôpital, la malade est au régime, sans médication interne. Elle est enveloppée de pommade cadique.

Au bout de neuf semaines de traitement, l'amélioration est grande et M^me^ L... sort de l'hôpital, guérie de son éruption, sauf quelques éléments sur les fesses.

Les douleurs sont diminuées. La marche est facile. La digestion est bonne.

Les cheveux ont commencé à repousser.

Février 1914. — L'amélioration dure. Ménopause depuis quatre mois.

Avril. — Mieux sensible. La malade accomplit tous les travaux sans difficulté. Elle se plaint de quelques lourdeurs d'estomac, de legères crises d'emphysème, de céphalée.

Le psoriasis présente seulement un placard sur le côté droit du tronc, un autre sur la fesse droite.

Ses mouvements articulaires sont plus ou moins normaux, et peu diminués dans leur étendue.

Les douleurs, rarement ressenties, sont très supportables.

Quantité	1350
Densité	1010
Δ	54

	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	23,00	31,05
Résidu minéral	6,27	8,46
Chlorures	3,30	4,45
Phosphates	0,93	1,25
Urée	4,51	6,08
Acide urique	0,79	1,06
Soufre total	0,69	0,93
Soufre conjugué	0,10	0,13
Sulfates	0,43	0,58
Soufre neutre	0,16	0,22
Azote total	3,03	4,09
Azote de l'urée	2,11	2,84
Molécule	107	
Δv	1458	
δv	914	
$\frac{\Delta}{\delta}$	1,59	
Albumine détruite en 24 heures.	27 gr. 55	
Coefficient azoturique	69 %	
Acide urique : urée	17,51 —	
Phosphore : azote total	30,69 —	
Soufre total : azote total	22,77 —	
Soufre conjugué : soufre total.	14,49 —	
Soufre oxydé : soufre total.	76 —	

Observation IV (inédite et personnelle).

Le nommé C..., 37 ans, commis des postes, entre le 27 octobre 1912, salle Lailler, n° 1, hôpital Saint-Louis.

Antécédents héréditaires. — Son père, 67 ans, a eu des coliques néphrétiques, de la furonculose, une pneumonie..

Sa mère, 67 ans, rhumatisante. Sciatique.

Ils ont eu 8 enfants ; 2 sont mort jeunes, un à 9 ans de fluxion de poitrine; un quatrième à 30 ans de tuberculose pulmonaire, trois autres sont bien portants.

Le père a un frère qui a du psoriasis. Un autre frère du père a des enfants également psoriasiques.

Antécédents personnels. — Aucune maladie avant psoriasis Enfant, il n'a présenté aucune tare névropathique.

Il s'est nourri d'une nourriture de campagne : porc, bœuf, pomme de terre, choux, haricots, vin : peu de café, peu d'alcool. Il n'était pas gros mangeur ; à 20 ans il pesait 68 kilos.

A cette époque, il vint à Paris ; il prend pension dans un restaurant.

A ce moment C... contracte une blennorragie.

Le psoriasis apparut disséminé dans tout le cuir chevelu. Un seul placard sur la jambe droite et c'est tout. Traitement : potions alcalines du cuir chevelu.

Six mois plus tard, il part au régiment en Algérie. Le psoriasis disparaît sans traitement, sauf le placard de la jambe.

Le malade s'est aperçu qu'au régiment il ne transpirait que de la tête et cela abondamment.

Son service terminé, trois mois après, le psoriasis reprend à la tête, comme la première fois.

Les placards des jambes ont augmenté.

Démangeaisons très fortes, surtout la nuit.

Aucun traitement n'est institué.

Progressivement, en l'espace de deux ans, les taches apparaissent sur la région lombaire, sur la partie antérieure du thorax, se disséminent sur toute la surface du corps, sauf aux genoux et aux coudes.

Le malade se plaint de lassitude, de faiblesse générale.

Il a toujours froid.

Il prend des bains sulfureux, des bains d'amidon, de la liqueur de Fowler. Le psoriasis de la tête est traité à l'huile de cade et guérit. Le psoriasis du tronc et des membres persiste toujours.

A 25 ans apparaissent les premières crises articulaires. Le quatrième orteil gauche est le siège de douleurs, de gonflement et de rougeurs intenses. Ces symptômes ont apparu brusquement, sont calmés par le repos, exagérés par la marche. Les doigts de pied sont en contracture; des crampes existent au mollet.

Cette crise aiguë a duré une quinzaine de jours. Les orteils sont restés gros, étendus, douloureux.

Avant ces phénomènes rhumatismaux, le malade a eu des douleurs intercostales calmées par le pyramidon.

Ayant séjourné quelque temps à Barèges, C... a fait une cure de bains et de boissons. Aucune amélioration ne s'en est suivie. Au contraire une constipation opiniâtre en est résultée avec des douleurs au niveau de l'hypochondre droit.

Revenu à Paris, il a eu une nouvelle poussée de psoriasis et une nouvelle crise articulaire. Les autres orteils, sauf le gros, sont le siège des mêmes phénomènes que nous avons relatés précédemment, mais avec une intensité plutôt moindre.

En 1908, les genoux et les épaules présentent des douleurs et du gonflement.

En 1909, vient le tour du médius droit, puis celui du médius gauche, ensuite de l'annulaire gauche et enfin de l'index droit.

Vers 1910, ce sont le deuxième et troisième orteils du pied droit qui sont lésés.

Les vésicatoires que le malade s'est appliqué sur les articulations, provoque l'apparition d'un psoriasis excessivement tenace.

Le début des arthropathies a été nocturne, brusque, sans grande souffrance. Le mouvement seul était très douloureux. La douleur existait à l'interligne articulaire.

Le malade supporte bien la chaleur, mais est sensible au froid.

Tendance à la constipation.

Pouls 80, rien au cœur, rien aux poumons.

Pas d'hyperhesthésie, quelques crampes.

Le salicylate de soude a été inefficace.

C... a été soigné dans le service de M. Brocq pendant cinq mois. Il a suivi un régime approprié. On lui a fait des piqûres de biiodure de Hg. et de calomel ; il a pris de l'extrait de corps thyroïde.

Il est sorti blanchi de l'hôpital. Les douleurs articulaires des genoux et des épaules ont disparu et si les doigts sont raides, tuméfiés, le malade n'en souffre pas.

C... passe deux ans à la campagne ; le psoriasis apparaît peu à peu sans localisation spéciale, et, à la fin de 1912, la généralisation est complète. L'apparition de douleurs intenses aux pieds, aux genoux, aux épaules, est brusque, généralisée, sans fièvre. Un vif point de côté droit empêche le malade de respirer et de se mouvoir.

C... supporte mal la chaleur et préfère le temps sec et froid.

Il est traité par des piqûres d'énésol et des applications locales de glycérolé cadique.

Il entre à Saint-Louis le 21 octobre 1913.

Le psoriasis est généralisé. Il y a peu de peau saine.

Le malade n'a jamais eu de psoriasis aux coudes, aux genoux, aux mains, à la figure. Quelques placards aux bourses. Rien dans le pli interfessier. L'abdomen, le thorax, la région lom

baire sont entièrement rouges et les squames sont surtout épaisses à la partie antérieure du corps.

Les cuisses et les jambes sont recouvertes par l'éruption.

Quelques taches seulement aux cous-de-pied et aux pieds.

Rien aux épaules ; de larges placards à la partie antérieure des bras, à la partie supérieure et externe de l'avant-bras ; quelques taches aux mains.

La tête présente aussi quelques efflorescences, plus rares, parce que le malade les soignait avec plus de soin.

Main droite. — Les douleurs existent surtout à la main droite. Au niveau du carpe le gonflement et la rougeur sont intenses ; la peau est chaude, luisante. C'est la main droite qui est le siège des plus grandes déformations. Les doigts sont en extension avec une légère flexion des premières phalanges.

Déviation, en coup de vent, de tous les doigts, vers le bord cubital :

L'index ne présente rien de particulier, si ce n'est une diminution de l'étendue des mouvements. La peau est sèche, luisante..

Le médius est augmenté de volume à la racine. L'articulation phalango-phalanginienne présente des nouures en fuseau. Flexion permanente des phalangettes.

Le mouvement de flexion de la phalange est possible, mais limité ; celui de la phalangette de même. L'ankylose de l'articulation phalango-phalanginienne semble complète ; les extrémités osseuses sont normales.

L'annulaire présente un gonflement des articulations phalango-phalanginiennes, une légère nouure, au même niveau, avec ankylose.

Les articulations du petit doigt sont nouées et fléchissent difficilement.

Toutes les articulations métacarpo-phalangiennes sont augmentées de volume ; les tissus périarticulaires sont empâtés.

Coude droit : mouvements articulaires amoindris; pas de déformation.

Épaule droite : mouvements douloureux et diminués d'étendue ; aucune déformation, pas de craquements.

Pied droit : flexion des orteils impossible ; déviation du gros orteil vers le bord externe ; raideur et tuméfaction ; extension de tous les doigts.

Main gauche. — Médius : flexion de la phalangine sur la phalange ; gonflement des articulations ; déviation cubitale de la phalangine.

Coude gauche : douleur exquise au niveau de l'épitrochlée et c'est tout.

Pied gauche : les doigts sont en extension, sans déformation ; gonflement sans aucune déviation.

Le malade n'a jamais eu de fièvre ; pas de myalgie ; quelques contractures, quelques soubresauts tendineux ; sensations de rétraction des muscles et des tendons.

Pas de céphalalgie ; courbature très forte continuelle, mais plus forte le matin au réveil. Cette courbature et la lassitude générale augmentent avec les crises éruptives et articulaires.

Les réflexes rotuliens sont exagérés. La trépidation épileptoïde existe à droite. Babinsky douteux.

Réactions pupillaires normales.

Rien du côté de l'appareil auditif.

Le sommeil est léger surtout au moment des poussées de psoriasis.

Quelques douleurs intercostales à droite ; points douloureux au niveau de la partie antérieure et de la partie postérieure du foie.

Pas d'hypéresthésie.

La moindre émotion détermine des fourmillements dans tous les membres.

Peu ou pas d'atrophie des muscles.

Amaigrissement énorme depuis 1900.

Appétit bon. Pas de constipation depuis quatre ans.

Odorat diminué ; goût normal.

Sueurs supprimées sauf au niveau de la tête.

Diminution de la mémoire.

Rien au cœur, rien aux poumons.

Pouls 96.

Le Wassermann est négatif.

A son entrée à l'hôpital, C... marche difficilement.

Quand il s'assied, quand il s'accroupit, quand il monte un escalier ou dans son lit, le malade doit prendre des attitudes qui lui rendent ces mouvements moins pénibles.

Les mouvements de pronation et de supination de la main droite sont limités, comme les mouvements de flexion et d'extension du coude. Le bras plus ou moins accolé au corps s'en détache, mais le mouvement d'abduction est incomplètement libre.

Au mois de janvier 1914, lors d'une crise éruptive, le pouce droit est pris ; brusquement, il gonfle et devient douloureux.

De même, les mouvements du poignet provoquent des douleurs assez fortes. Ils sont limités ; aucune déformation.

Le 21 mars 1914, le malade sort de l'hôpital, blanchi ; quelques placards, rares, subsistent au niveau de la cuisse.

Le malade s'assied, s'accroupit, s'habille facilement.

Les douleurs ont presqu' disparu ; la chaleur seule les provoque. Les déformations restent, le malade ferme mieux sa main, fléchit ses doigts avec plus de facilité.

L'amélioration des troubles articulaires a accompagné celle de la dermatose.

La radiographie des mains a été faite par M. le Dr Belot. Voici ce qu'on a constaté : L'interligne articulaire des doigts déformés est moins clair, diminué, rétréci. L'espace péri-articulaire ne présente ni sa clarté, ni sa netteté habituelles. L'articulation phalango-phalanginienne du médius, ainsi que celle de l'annulaire sont érodées. Il existe un épaississement de la diaphyse phalangienne du médius. Il n'existe nulle part aucune ankylose osseuse.

Si l'on examine le médius gauche, on trouve des lésions plus frustes. Cependant, au niveau de l'articulation phalango-phalanginienne, nous trouvons une prolifération osseuse très nette. L'interligne articulaire présente, ici encore, une clarté beaucoup moindre que d'habitude.

A toutes ces lésions s'ajoute une transparence plus ou moins généralisée des os, de la raréfaction osseuse.

Quantité	1750	2950
Densité	1009	1008
Δ	58	48

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	20,70	36,22	18,40	54,28
Résidu minéral.	5,77	10,09	5,81	17,13
Chlorures	3,00	5,25	3,70	10,91
Phosphates	0,90	1,57	0,74	2,18
Urée	7,46	13,05	2,95	8,70
Acide urique	0,56	0,98	0,44	1,29
Soufre total	0,68	1,19	0,56	1,65
Soufre conjugué	0,15	0,26	0,12	0,35
Sulfates	0,36	0,63	0,19	0,56
Soufre neutre	0,17	0,30	0,25	0,74
Azote total	4,41	7,71	2,25	6,63
Azote de l'urée.	3,49	6,10	1,38	4,07
Molécule.	82		106	
Δv.	1876		2627	
δv	1284		1391	
$\frac{\Delta}{\delta}$	1,46		1,88	
Albumine détruite par 24 h.	51 gr. 93		44 gr. 65	
Coefficient azoturique. . .	79 %		61 %	
Acide urique : urée . . .	7,50 —		14,91 —	
Phosphore : azote total . .	20,40 —		32,88 —	
Soufre total : azote total. .	15,41 —		24,88 —	
Soufre conjugué : soufre total	22,05 —		21,42 —	
Soufre oxydé : soufre total.	75 —		55 —	

Observation V (inédite et personnelle).

M^lle A..., 35 ans, domestique, entre à l'hôpital Saint-Louis le 26 novembre 1913. Isolée n° 1.

Antécédents héréditaires. — Son père et sa mère sont vivants. Le père est rhumatisant.

Elle a un frère et cinq sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Anémie Migraines fréquentes. Constipation opiniâtre.

Le psoriasis a débuté à la tête, il y a sept ans.

Quelque temps avant cette apparition, elle avait maigri. De plus elle était en proie à une lassitude générale très grande, à de l'engourdissement dans les jambes. Les digestions étaient devenues difficiles, l'appétit diminué. Le psoriasis gagne la paume des mains et la plante des pieds et c'est tout.

Soignée chez elle pendant sept ans par des applications de pommade, sans suivre aucun régime, elle a vu son état rester stationnaire.

Il y a trois ans, en même temps qu'une angine, elle a eu une poussée très forte de psoriasis.

Au mois de septembre dernier, ont apparu les premiers troubles articulaires. Au niveau des deux pouces, la malade a ressenti un certain engoudissement douloureux, sans augmentation de volume des doigts, sans rougeur. Peu à peu, les mouvements sont devenus pénibles et limités. Puis un mois après, les autres doigts subissent la même crise, se raidissent, lentement, progressivement, sans fièvre, sans rougeur toujours.

Au mois d'octobre, le psoriasis gagne l'éminence thénar et les ongles.

Au mois de novembre, les articulations du métacarpe et du poignet se prennent. Elles sont douloureuses, enflées, rouges. La malade a de la fièvre.

Les pieds ont été, au mois de septembre, le siège de douleurs, de gonflement, rendant la marche difficile. Les orteils et l'articulation tibio-tarsienne ont été surtout endommagés.

Au mois de novembre, nouvelle crise avec extension du psoriasis aux ongles.

C'est alors que Mlle A... entre à l'hôpital Saint-Louis.

Le psoriasis est limité au cuir chevelu, aux mains et aux pieds. Les placards éruptifs sont circonscrits, rougeâtres, recouverts de squames fines. Une tache seulement au coude droit.

Les ongles sont soulevés et présentent des sillons transversaux.

La malade se plaint beaucoup de ses mains et de ses pieds.

L'articulation métacarpo-phalangienne du pouce droit est augmentée de volume. Il semble y avoir hypertrophie osseuse. Au niveau des autres articulations si la flexion est difficile et les douleurs vives surtout à la pression, aucune déformation n'existe.

Les autres doigts sont limités dans leurs mouvements.

Pas d'ankylose, pas d'hypertrophie, pas d'ostéophytes palpables.

Les muscles de l'éminence thénar et les muscles interrosseux sont atrophiés. Ceux de l'avant-bras le sont plus légèrement.

La peau est un peu tendue, luisante, dépourvue de poils.

La sensibilité est intacte.

Des douleurs erratiques, fugaces, aux coudes et aux épaules.

La main gauche est le siège de douleurs moins vives, les mouvements sont également limités et c'est tout.

Les réflexes sont normaux.

Rien aux poumons et au cœur.

Mlle A... qui était d'un tempérament calme, avant sa maladie, est devenue excessivement irritable, nerveuse, depuis l'apparition du psoriasis.

Elle se plaint continuellement d'avoir froid et de lassitude générale. La céphalée est très forte à certains moments.

Le psoriasis a toujours diminué en été et augmenté en toute autre saison.

Traitement par la pommade à l'oxyde jaune de Hg et au goudron : guérison du psoriasis, par la solution iodo-iodurée, le soufre colloïdal : amélioration des douleurs articulaires.

Régime.

La malade quitte l'hôpital, guérie de son psoriasis, sauf quelques taches rares, et très améliorée quant aux divers mouvements des doigts et des mains.

Quantité	1150
Densité	1011
Δ	76

	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	25,30	28,08
Résidu minéral	5,59	6,20
Chlorures	1,90	2,10
Phosphates	1,06	1,17
Urée	9,43	10,46
Acide urique	0,66	0,73
Soufre total	0,96	1,06
Soufre conjugué	0,14	0,15
Sulfates	0,66	0,73
Soufre neutre	0,16	0,17
Azote total	5,65	6,27
Azote de l'urée	4,41	4,89
Molécule		67
Δv		1704
δv		1444
$\frac{\Delta}{\delta}$		1,18

Albumine détruite par 24 h. .	42 gr. 23
Coefficient azoturique. . . .	78 %
Acide urique : urée	6,99 —
Phosphore : azote total . . .	18,76 —
Soufre total : azote total. . .	16,99 —
Soufre conjugué : soufre total.	14,58 —
Soufre oxydé : soufre total. .	83 —

Observation VI (inédite et personnelle).

V..., maître d'armes, 56 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, octobre 1906, salle Hillairet, n° 19.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort à 48 ans assassiné.

Sa mère est morte à 80 ans.

Six enfants dont un mort-né. Un autre est mort du choléra en 1867. Il reste un frère bien portant.

Antécédents personnels. — Impétigo à l'âge de 8 ans. A 13 ans il s'engage dans la marine, y reste jusqu'à 17 ans, puis devient chauffeur. Il fait la campagne de 1870 où il contracte une blennorragie et la syphilis.

Tœnia en 1879.

De 1875 à 1898 V... boit beaucoup : 3 ou 4 absinthes par jour, beaucoup de vin, beaucoup de café. Il mange beaucoup de viande, peu de légumes, du fromage, de la charcuterie, du pain en grande quantité.

V... avait 30 ans lorsque le psoriasis fait sa première apparition, au pli du coude et au creux poplité. L'éruption est très rouge, recouverte de fines squames (séborrhéides psoriasifor-

mes) et démange beaucoup. En quelques années, le psoriasis se généralise au tronc et à la tête.

Il y a huit ans, la première crise articulaire apparaît aux doigts des deux mains, qui enflent, deviennent rouges et douloureux. Cette crise a duré quatre ou cinq semaines et a laissé, après elle, une déformation des articulations phalangino-phalangettiennes qui sont raides et augmentées de volume.

Nouvelle crise, semblable à la première, il y a cinq ans. Il y a deux ans, les genoux et le tendon d'Achille ont été le siège de douleurs qui disparaissent avec la marche.

Entre temps, douleurs vagues au niveau de l'articulation tibio-tarsienne, au niveau de la région lombaire. Depuis un an, œdème rétro-mastoïdien, s'accompagnant de douleurs et se déplaçant tantôt à gauche tantôt à droite.

Le psoriasis n'a jamais complètement disparu. Quand, après une crise intense, l'amélioration apparaissait, le malade saignait souvent du nez ou se plaignait d'une angine douloureuse.

Tous les trois à six mois, la région de l'estomac était le siège d'une douleur atroce, en « coup d'épée ».

Depuis que V... est soumis à un régime sévère, tous ces phénomènes ont disparu.

Quantité	2300	1800
Densité	1010	1011,5
Δ	70	80

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	23,00	52,9	26,45	47,61
Résidu minéral	9,13	21,00	11,01	19,82
Chlorures	5,5	12,65	7,10	12,78
Phosphates	1,29	2,97	1,18	2,12
Urée	6,29	14,47	9,24	16,63
Acide urique	0,44	1,01	0,37	0,67
Soufre total	0,69	1,59	0,96	1,73
Soufre conjugué	0,15	0,34	0,10	0,18
Sulfates	0,40	0,92	0,65	1,17
Soufre neutre	0,14	0,32	0,21	0,38
Azote total	4,14	9,52	5,24	9,43
Azote de l'urée	2,94	6,76	4,32	7,78
Molécule	89		97	
Δv	2477		2215	
δv	1290		1016	
$\frac{\Delta}{\delta}$	1,92		2,18	
Albumine détruite par 24 h.	64 gr. 13		63 gr. 52	
Coefficient azoturique	71 %		82 %	
Acide urique : urée	6,99 —		4 —	
Phosphore : Azote total	31,16 —		22,52 —	
Soufre total : azote total.	16,66 —		18,32 —	
Soufre conjugué : soufre total	21,74 —		10,42 —	
Soufre oxydé : soufre total.	80 —		78 —	

Observation VII (inédite et personnelle).

M..., 48 ans, journalier.

Antécédents héréditaires. — Sa mère est morte de tumeur abdominale.

Son père est bien portant.

Il a un frère et une sœur également bien portants.

Antécédents personnels. — M .., contracte une typhoïde à l'âge de 25 ans.

Première crise de psoriasis à l'âge de 30 ans.

Depuis lors, des poussées très fréquentes. Le malade n'est jamais resté plus de deux mois indemne.

La dernière période d'accalmie correspond à 1900.

Psoriasis. - Absolument généralisé, occupant presque tout le dos, la plus grande partie des jambes, la partie antérieure de la ceinture, les faces latérales de l'abdomen et formant dans l'ensemble une immense plaque d'un rouge assez vif, recouverte de squames foliacées, s'enlevant très facilement.

Les bords de cette immense plaque sont découpés irrégulièrement, en carte de géographie. Çà et là, quelques ilôts sains. La limite de la plaque est très nette et forme, au niveau de la peau, un léger bourrelet.

Sur le cou, le visage, le menton et les mains on trouve les taches psoriasiques vulgaires, isolées ou agglomérées en petits placards de quelques centimètres de diamètre.

Les ongles sont altérés, épaissis, ponctués, striés.

Il y a deux ans, le malade s'est plaint de douleurs au niveau du petit doigt de la main gauche. Le début de cette arthropathie consistait en une simple gêne dans les mouvements, qui se sont progressivement limités. Peu de troubles inflammatoires : léger gonflement.

Il y a six mois, les doigts de la main droite ont subi la même crise. Le coude et l'épaule sont devenu douloureux.

Et il y a quinze jours, les autres doigts de la main gauche ont été atteints comme le petit doigt.

État actuel. — *Main gauche :* Le petit doigt est demi-fléchi, son extension est impossible à cause de la douleur.

Léger gonflement au niveau des articulations. Les extrémités osseuses ne sont pas épaissies.

Annulaire. — La deuxième phalange est en flexion sur la première ; la troisième est en extension sur la deuxième.

L'articulation phalango-phalanginienne est le siège d'un gonflement assez considérable qui semble limité aux crêtes osseuses. Sensibilité très vive à la pression et lorsqu'on essaie de fléchir ou d'étendre les doigts.

Médius. — Déformation en Z plus marquée. Gonflement plus intense.

Index. — Lésions limitées à l'extrémité phalangino-phalangettienne, qui est le siège d'un gonflement très marqué, avec rougeur.

Main droite. — Tous les doigts sont atteints, à peu près au même degré. Les lésions sont localisées au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalanginiennes. Gonflement et épaississement des extrémités osseuses.

La deuxième phalange est en flexion sur la première, et la troisième en extension sur la deuxième.

Il existe une atrophie musculaire assez considérable des éminences thénar et hypothénar.

Poignet. — Le poignet qui a été le siège de gonflement et de douleurs très vives ne présente rien d'anormal, et est libre dans tous ses mouvements.

Les muscles de l'avant-bras sont très atrophiés.

Le coude et l'épaule, qui ont été très enflés et très douloureux, présentent aujourd'hui un aspect normal.

Il reste une sensibilité spéciale à la palpation, et à l'exécution

de mouvements un peu étendus, le malade accuse de la douleur.

Ici encore il existe une atrophie considérable du deltoïde et des muscles du bras.

L'atrophie des muscles sus et sous-épineux et du grand pectoral est moins marquée.

En examinant les autres organes, on ne trouve rien d'anormal.

Les réflexes sont normaux. Pas de troubles de la sensibilité ni de troubles sensoriels.

Quantité	1600	1500
Densité	1015,5	1016
Δ	114	124

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	35,65	57,04	36,8	55,2
Résidu minéral	12,92	20,67	13,19	19,78
Chlorures	7,55	12,08	7,6	11,4
Phosphates	1,57	2,51	1,44	2,18
Urée	11,21	17,92	11,32	16,98
Acide urique	0,45	0,72	0,66	1,00
Soufre total	1,18	1,90	2,56	3,84
Soufre conjugué	0,08	0,13	0,17	0,25
Sulfates	0,99	1,58	1,23	1,84
Soufre neutre	0,11	0,18	1,16	1,74
Azote total	6,44	10,24	6,67	10,00
Azote de l'urée	5,24	8,38	5,29	0,79
Molécule	76		68	
Δv	3776		3914	
δv	1525		2478	
$\frac{\Delta}{\delta}$	2,47		1,57	

Albumine détruite en 24 h.	68 gr. 98	67 gr. 36
Coefficient azoturique. . .	81 %	79 %
Acide urique : urée . . .	4 —	5 —
Phosphore : azote total . .	24,37 —	20 —
Soufre total : azote total. .	18,16 —	38,3 —
Soufre conjugué : soufre total.	6,7 —	6,6 —
Soufre oxydé : soufre total.	85 —	54 —

Observation VIII (inédite et personnelle).

L..., cinquante six ans, entre à l'hôpital, février 1908, salle Hillairet, n° 14.

Antécédents héréditaires. — Son père est mort, a eu quelques crises de rhumatismes.

Sa mère est morte.

Deux frères et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels. — Le malade se plaint depuis longtemps de troubles digestifs ; de brûlure d'estomac ; de digestions difficiles. A son entrée à l'hôpital il est en pleine intoxication plombique et le liséré de Burton est net. Les extenseurs des mains sont paralysés et atrophiés.

Le psoriasis a apparu, à l'âge de 30 ans, au cuir chevelu. En quelques années il s'est étendu aux membres et au tronc pour se généraliser à son entrée à l'hôpital.

Les troubles articulaires ont débuté, il y a dix ans, à la main droite. Les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes ont été le siège de douleurs et de gonflement, sans réaction générale. Les douleurs ont aussi frappé le coude et l'épaule droits ainsi que le poignet gauche.

A son entrée à l'hôpital, le psoriasis recouvre tout le corps. Les squames sont fines, peu épaisses.

Sauf les douleurs, qui errent plus ou moins violemment d'une articulation à l'autre, seules les articulations phalangiennes et métocarpo-phalangiennes sont intéressées. La racine des doigts est enflée, sans hypertrophie osseuse palpable.

Les articulations phalango-phalanginienne du médius et de l'index présentent des nouures très marquées. L'ankylose n'est pas complète mais les mouvements de flexion sont très limités.

La peau de la main est luisante, tendue.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Réflexes normaux.

Pas de troubles objectifs de la sensibilité. Pas de troubles sensoriels.

Depuis que le malade est en intoxication saturnine, le psoriasis semble s'étendre avec plus d'activité.

Quantité	2100	1700
Densité	1012	1015
Δ	79	108

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	27,6	57,96	34,5	58,65
Résidu minéral	10,25	21,52	12,53	21,30
Chlorures	6,60	13,86	7,8	13,26
Phosphates	1,05	2,20	1,17	1,99
Urée	7,08	14,87	12,50	21,25
Acide urique	0,47	0,99	0,81	1,38
Soufre total	0,93	1,95	1,45	2,46
Soufre conjugué	0,16	0,34	0,10	0,17
Sulfates	0,65	1,36	1,07	1,82
Soufre neutre	0,12	0,25	0,28	0,48
Azote total	4,23	8,88	7,08	12,04
Azote de l'urée	3,31	6,95	5,84	9,93

Molécule.	100	81
$\Delta\nu$.	2855	3133
$\delta\nu$.	1400	1752
$\frac{\Delta}{\delta}$	2,03	1,78
Albumine détruite en 24 h.	55 gr. 50	75 gr. 25
Coefficient azoturique . .	78 °/₀	82 °/₀
Acide urique : urée . . .	6,63 —	6,48 —
Phosphore : azote total . .	24,82 —	16,52 —
Soufre total : azote total.	21,98 —	20,48 —
Soufre conjugué : soufre total	17,20 —	14,50 —
Soufre oxydé : soufre total.	87 —	80 —

Observation IX (inédite et personnelle).

S..., 50 ans, employé.

Antécédents héréditaires. — Un frère, mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Syphilis à 20 ans. Il a une fillette atteinte de lupus.

La première poussée articulaire débute à l'âge de 29 ans.

Les mains et les pieds sont le siège de douleurs, de gonflement, de rougeur. La crise aiguë dure quelques semaines, sans fièvre. Les mains et les pieds restent raides. La douleur intermittente est toujours vive. Les injections de mercure l'ont très peu amélioré.

A l'âge de 31 ans, nouvelle crise, semblable à la première, mais s'étendant à presque toutes les articulations. L'impotence est complète. Cette crise dure un an, et laisse après elle des déformations des mains et des pieds.

La troisième crise apparaît à l'âge de 40 ans. Le malade ne peut faire aucun mouvement qui ne provoque des douleurs atroces. Les mains et les pieds sont enflés. Plusieurs doigts et le poignet gauche sont complètement ankylosés. Les déformations sont diverses et multiples. Aux deux genoux, il existe un assez fort épanchement. La laxité des ligaments permet le ballottement des jambes et le tout ressemble à une arthropathie tabétique assez typique.

L'atrophie musculaire est très marquée aux membres supérieurs.

Pas de troubles objectifs de la sensibilité.

Réflexes normaux

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Le traitement mercuriel institué ne donne aucun résultat.

Mis au régime végétarien, soumis à la médication calcique, sodique, thyroïdienne, le malade peut marcher au bout de dix mois et cette amélioration persiste actuellement sauf quelques légères crises qu'un régime et une médication appropriées calme avec succès.

Quantité	2460	2700
Densité	1007	1005
Δ	42	34

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	16,10	39,60	11,50	31,05
Résidu minéral	3,97	9,76	3,35	9,04
Chlorures	1,60	3,93	0,70	1,89
Phosphates	0,71	1,74	0,71	1,91
Urée	3,93	9,66	5,12	13,82
Acide urique	0,30	0,74	0,27	0,73
Soufre total	0,53	1,31	0,67	1,81

Soufre conjugué	0,08	0,20	0,08	0,23
Sulfates	0,35	0,87	0,49	1,34
Soufre neutre	0,09	0,23	0,09	0,24
Azote total	2,30	5,66	3,12	8,44
Azote de l'urée.	1,84	4,52	2,39	6,45
Molécule.	91		67	
Δv.	1640		1457	
δv	1258		1274	
$\frac{\Delta}{\delta}$	1,30		1,14	
Albumine détruite par 24 h.	38 gr. 12		56 gr. 85	
Coefficient azoturique . .	80 %		76,47 %	
Acide urique : urée . . .	7,63 —		5,27 —	
Phosphore : azote total . .	30,87 —		22,69 —	
Soufre total : azote total. .	23,26 —		21,48 —	
Soufre conjugué : soufre total	23,87 —		12,64 —	
Soufre oxydé : soufre total.	82,43 —		86,80 —	

Observation X (inédite et personnelle).

M..., 50 ans, employé.

Antécédents héréditaires. — Père goutteux, mort à 54 ans. Mère hémiplégique gauche.

Antécédents personnels. — A eu à l'âge de 25 ans une crise de rhumatisme et depuis a eu plusieurs crises plus ou moins généralisées, avec enflure des articulations, fièvre, sueurs.

Le pied gauche a été le siège de la première crise, puis vint le tour des genoux; enfin, celui des mains. C'est le médius gauche qui se déforma d'abord; puis, le médius et l'index droits.

Le malade a eu de l'iritis rhumatismal de l'œil ganche. Il a

aussi remarqué que beaucoup de crises ont commencé par une angine très douloureuse.

Ses digestions ont toujours été difficiles. Il a souffert plusieurs fois d'embarras gastriques et depuis huit mois a beaucoup maigri.

Céphalées rares. Transpiration. Salivation.

Hémorroïdes.

État actuel. — En examinant le malade, on voit que le médius gauche et droit, l'index droit sont enflés, douloureux, sans tophus apparent. Les mouvements sont limités.

Au coude droit, il existe quelques tophus, peu durs.

Les gros orteils sont enflés et déviés en dehors ; les autres orteils sont raides et fléchis.

L'articulation tibio-tarsienne gauche est enflée, sans tophus.

La marche est difficile et les mouvements des pieds sont douloureux.

Séborrhéide médio-thoracique.

Le foie est légèrement hypertrophié.

Spasmes du cæcum et du côlon ascendant.

Estomac distendu.

Rien au cœur. Rien aux poumons.

Douleurs précordiales.

Réflexes exagérés.

Pouls 114.

Poids 68 kilos.

Quantité	2300	1700
Densité	1007	1010
Δ	54	70

	Par litre	Par 24 h.	Par litre	Par 24 h.
Extrait sec	16,10	37,03	23,00	39,10
Résidu minéral	5,39	12,39	7,31	12,42
Chlorures	3,30	7,59	3,30	5,61
Phosphates	0,51	1,17	0,59	1,00
Urée	6,09	14	7,87	13,37
Acide urique	0,29	0,66	0,68	1,15
Soufre total	0,65	1,49	1,62	2,75
Soufre conjugué	0,10	0,23	0,10	0,17
Sulfates	0,41	0,94	1,29	2,19
Soufre neutre	0,14	0,32	0,23	0,39
Azote total	3,58	8,23	4,87	8,27
Azote de l'urée	2,85	6,55	3,68	6,25
Molécule	69		73	
Δv	1715		1630	
δv	1103		1161	
$\frac{\Delta}{\delta}$	1,57		1,40	
Albumine détruite en 24 h.	55 gr. 13		55 gr. 70	
Coefficient azoturique	79 %		75 %	
Acide urique : urée	4,76 —		8,61 —	
Phosphore : azote total	14,24 —		12,11 —	
Soufre total : azote total	18,15 —		33,26 —	
Soufre conjugué : soufre total	15,38 —		6,17 —	
Soufre oxydé : soufre total	78 —		85 —	

	Obs. I	Obs. II	Obs. III	Obs. IV	Obs. V	Obs. VI	Obs. VII	Obs. VIII
Eau éliminée	1166	2820	1350	2374	1110	2050	1620	1900
Chlorures éliminés	8,71	4,01	4,45	7,46	2,10	12,71	12,26	13,56
Albumine éliminée	64,39	64,64	27,55	46,84	42,23	63,82	65,94	65,37
Molécule urinaire	76	82	107	95,5	67	93	93	90
Diurèse moléculaire totale	1740	1612	1458	2125	1704	2346	2926	2980
$\frac{\Delta}{s}$	1,58	1,22	1,59	1,65	1,18	2,05	2,22	1,90
Coefficient azoturique	76,60 %	75 %	69 %	75,2 %	78 %	76,50 %	78,2 %	80 %
$\frac{\text{Acide urique}}{\text{Urée}}$	4,7 —	7,13 —	17,5 —	10,37 —	6,99 —	5,49 —	4,95 —	6,55 —
$\frac{\text{Phosphore}}{\text{Azote total}}$	18,86 —	20,26 —	30,69 —	23,08 —	18,76 —	26,84 —	22,81 —	20,67 —
$\frac{\text{Soufre total}}{\text{Azote total}}$	20,16 —	21,98 —	22,77 —	21,48 —	16,99 —	17,49 —	23,25 —	21,23 —
$\frac{\text{Soufre conjugué}}{\text{Soufre total}}$	11,52 —	30,23 —	14,49 —	21,41 —	14,58 —	16,08 —	7,44 —	15,85 —
Soufre oxydé	85 —	71 —	76 —	64,3 —	83 —	79 —	74,4 —	83 —

De l'étude de ces observations, nous devons retenir certains faits qui ont leur valeur.

On a dit que les sujets atteints de psoriasis arthropathique appartenaient en général à la famille névropathique. C'est une assertion qui semble exagérée lorsqu'on relève les antécédents héréditaires ou personnels de nos malades.

Observation I. — Polyartrite déformante, alcoolisme, tuberculose, migraine, anémie, fièvre typhoïde.

Observation II. — Obésité, affection cardiaque, acné, troubles de l'estomac, hypertrophie du foie, migraine, constipation.

Observation III. — Eczéma, anémie, bronchite chronique, troubles digestifs.

Observation IV. — Psoriasis, coliques néphrétiques, rhumatisme, sciatique, blennorragie.

Observation V. — Rhumatisme, migraine, anémie, constipation.

Observation VI. — Alcoolisme, syphilis, blennorragie.

Observation VIII. — Rhumatisme, saturnisme, troubles digestifs.

Les troubles digestifs, l'alcoolisme, le rhumatisme dominent.

La syphilis apparaît une fois seulement.

L'intradermo-réaction faite à la malade de l'observation I fut positive. L'examen des poumons a fait constater, au sommet gauche, une certaine rudesse inspiratoire et une légère expiration soufflante. Les antécédents héréditaires sont eux-mêmes chargés de tu-

berculose : le père et la mère sont morts bacilliaires.

Dujardin et plusieurs autres veulent que le psoriasis apparaisse chez des sujets dont l'organisme est affaibli, prédisposé par certaines affections, certaines intoxications, telles la blennorragie, le saturnisme, la tuberculose, la typhoïde, le rhumatisme, l'alcoolisme, les angines, l'insuffisance endocrinienne, etc... Nous avons relevé chez nos malades la plupart de ces affections.

Dans toutes nos observations, le psoriasis est antérieur aux arthropathies. Une fois sur huit, les troubles articulaires et la dermatose apparaissent plus ou moins simultanément (observat. I). Dans les autres cas, le rhumatisme se révèle cinq à dix-huit ans après le psoriasis.

Les deux âges extrêmes où le psoriasis se déclare sont 7 ans (observation III) et 30 ans (observation VI). Les dates d'apparition des arthropathies s'échelonnent entre 20 ans et 48 ans.

Il y a des troubles articulaires sans généralisation de l'éruption (observat. V) mais, en général, la généralisation tend à se faire au moment où les arthropathies apparaissent. Une crise psoriasique coïncide souvent avec une exacerbation de ces accidents

Plus le psoriasis est rebelle, plus les déformations sont étendues et tenaces.

Il ne nous semble pas qu'un seul de nos malades ait vu débuter les phénomènes articulaires par le rhumatisme aigu typique.

La chronicité se montre d'emblée et l'arthropathie évolue comme la polyarthrite déformante progressive.

Chez plusieurs de nos malades, les lésions articu-

laires débutèrent brusquement, et ce n'est qu'en se réveillant qu'ils s'en aperçurent.

La localisation de ces lésions est variable ; cependant, les articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes sont le plus fréquemment atteintes.

La symétrie est parfois typique, que la même région des deux membres ait été prise simultanément ou l'une après l'autre.

Les déformations consistent en nouures, en déviations diverses, en ankyloses osseuses ou fibreuses qui rappellent, en tous points, la polyarthrite déformante.

Les douleurs sont très intenses chez tous les malades et aiguisées par la moindre émotion, la moindre fatigue.

Le froid convient aux uns, la chaleur à d'autres.

L'atrophie musculaire est moins intense qu'on ne le prétend généralement. Les muscles interosseux, ceux des éminenses thénar et hypothénar en souffrent le plus.

La rétraction tendineuse est des plus accentuées.

Nous n'avons pu découvrir, chez nos malades, aucune lésion cardiaque, et l'examen du cœur ne révèle que quelques troubles du rythme.

La symétrie des lésions, les troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité, les troubles trophiques, l'exagération des réflexes et parfois la trépidation épileptoïde, montrent bien le rôle important que joue le système nerveux.

L'étude radiologique nous a révélé les lésions que M. le Dr Belot avait déjà signalées. Chez certains malades, il existe une diminution de la clarté articulaire,

une prolifération osseuse et souvent une soudure complète des os qui indiquent un processus inflammatoire des plus intenses. Il est certaines ankyloses constatées cliniquement qui ne donnent aucune lésion sur la plaque radiographique.

Elles sont de nature fibreuse.

Un trouble constant est aussi la raréfaction osseuse.

Le rhumatisme chronique est, semble-t-il, toujours intense chez les psoriasiques ; l'évolution est généralement rapide ; les lésions, nombreuses et profondes, les douleurs exaspérantes à certains moments. Nous pouvons dire que la polyarthrite chronique déformante, toujours grave, l'est encore davantage, du fait qu'elle accompagne le psoriasis.

	Psoriasis	Psoriasis arthropathique	Arthropathie chronique déformante
Molécule	80 °/₀ normale	33 °/₀ normal	100 °/₀ normale
Coeffic. azoturique.	87 °/₀ normal	100 °/₀ diminué	100 °/₀ inférieur à la normale
$\frac{\text{Acide urique}}{\text{Urée}}$ . . .	75 °/₀ supérieur à la normale	100 °/₀ supérieur à la normale	100 °/₀ supérieure à la normale
$\frac{\text{Phosphore}}{\text{Azote total}}$ . . .	92 °/₀ anormale	100 °/₀ anormal	100 °/₀ anormal
$\frac{\text{Soufre total}}{\text{Azote total}}$ . . .	80 °/₀ anormal	100 °/₀ anormal	100 °/₀ supérieure à la normale
$\frac{\text{Soufre conjugué}}{\text{Soufre total}}$ . .	55 °/₀ supérieur à la normale	100 °/₀ supérieur à la normale	100 °/₀ supérieure à la normale
$\frac{\text{Soufre oxydé}}{\text{Soufre total}}$ . . .	82 °/₀ normal	62 °/₀ inférieur à la normale	50 °/₀ inférieure à la normale
Imperméab. rénale.	60 °/₀ normale	75 °/₀ anormale	100 °/₀ normale
Albumine détruite.	diminuée	diminuée	diminuée

Comme on a pu voir, nous avons ajouté à nos observations de « psoriasis arthropathique », deux observations d'arthropathies chroniques déformantes. Ces deux observations ont été choisies parmi beaucoup d'autres, qui leur sont identiques au point de vue de la viciation de la nutrition. C'est pourquoi, nous n'avons pas cru nécessaire d'en publier davantage.

Nous avons fait un tableau comparatif des troubles urologiques constatés dans le psoriasis (1), le psoriasis arthropathique et l'arthropathie chronique déformante. C'est en nous inspirant de ce tableau que nous engagerons la discussion.

Tous nos malades ont été suivis pendant plusieurs mois et même plusieurs années. La recherche de leur formule urologique a été soumise au contrôle le plus sévère.

Pour établir nos moyennes, nous avons toujours tenu compte du régime alimentaire et rapporté les coefficients obtenus aux coefficients moyens, qui répondent au même régime.

La déviation nutritive est plus grande dans le psoriasis arthropathique et l'arthropathie simple que dans le psoriasis.

Le coefficient azoturique, qui est normal 87 fois pour 100 dans le psoriasis, est diminué 100 fois sur 100 dans les deux autres affections.

1. Nous empruntons pour ce tableau les conclusions d'une étude sur l'urine des psoriasiques, parue dans les *Annales de dermatologie* de 1906, sous les noms de MM. Brocq et Ayrignac.

L'élimination de l'acide urique est 75 fois pour 100 supérieure à la normale dans le psoriasis et 100 fois pour 100 supérieure dans les deux autres affections. En jetant un coup d'œil sur le tableau des moyennes, nous voyons que l'augmentation du rapport Au : U est énorme dans le psoriasis arthropathique et l'arthropathie simple.

La déminéralisation phosphorée et soufrée, constatée dans le psoriasis par MM. Brocq et Ayrignac est plus intense encore dans le psoriasis arthropathique et l'arthropathie chronique déformante. Un fait intéressant à constater est l'instabilité de la déminéralisation chez ces malades. L'organisme ne peut rétablir son équilibre rompu. Une déperdition minérale supérieure à la normale, dans des proportions exagérées, sera suivie d'une élimination très inférieure à cette normale.

Les fermentations intestinales existent 55 fois pour 100 dans le psoriasis. Dans le psoriasis arthropathique et l'arthropathie, le rapport soufre conjugué : soufre total est augmenté 100 fois pour 100 et cette augmentation est énorme.

Les oxydations soufrées sont plus diminuées dans l'arthropathie chronique et le psoriasis arthropatique que dans le psoriasis.

La perméabilité rénale, bonne dans l'arthropathie chronique, est 62 fois pour 100 normale dans le psoriasis et 75 fois pour 100 troublée dans le psoriasis arthropathique.

La quantité d'albumine détruite en vingt-quatre heures est diminuée dans tous les cas. Ces malades sont

des ralentis, et l'observation III en est un type des plus caractéristiques.

Les constantes chimiques, que nous avons notées dans le psoriasis arthropathique : insuffisance des oxydations azotées ; taux élevé de l'acide urique ; instabilité du métabolisme des matières minérales, soufre et phosphore ; augmentations des éliminations sulfo-conjuguées ; enfin réduction de la consommation albuminoïde sont exactement les mêmes que dans l'arthropathie chronique déformante.

L'insuffisance des oxydations soufrées et de la diurèse est plus fréquente que dans le rhumatisme déformant.

On peut donc dire que les troubles urologiques, observés dans le psoriasis et dans les arthropathies chroniques, sont de même nature. Il existe seulement, entre eux, une différence de degré : les désordres sont plus accentués dans les dernières.

A ne tenir compte que des observations chimiques, on peut dire que le psoriasis arthropathique doit être maintenu dans le cadre nosologique entre le psoriasis simple et les arthropathies chroniques déformantes, ainsi que l'observation clinique conduisait à le penser.

Devons-nous en faire une entité morbide vraie ? Nous ne le croyons pas.

La réaction psoriasique se produit sur un organisme dévié dans sa nutrition.

La réaction polyarticulaire survient sur le même organisme plus débilité.

Le terrain est identique, mais la viciation est plus

grande dans les arthropathies que dans le psoriasis.

Le rôle que joue le système nerveux ne peut être nié, mais nous ne croyons pas que les lésions nerveuses soient primitivement la cause du mal. D'ailleurs de nouvelles recherches plus précises que celles qui ont été faites jusqu'à nous, paraissent nécessaires pour déterminer dans quelles proportions le système nerveux intervient dans la pathogénie de cette affection.

Il est possible, comme le veulent certains auteurs, que le système nerveux puisse être, parfois, un intermédiaire entre la maladie générale et les troubles articulaires, manifestation locale de cette maladie générale.

Il n'est pas davantage prouvé que le psoriasis soit d'origine infectieuse. Aux arguments favorables, on en oppose d'autres qui tendent à les infirmer. Nous répéterons, à ce sujet, ce que nous venons de dire pour le système nerveux.

Quoi qu'il en soit, un fait existe, c'est la viciation de l'organisme des sujets atteints de psoriasis arthropathique ; on peut les regarder comme des débilités en puissance de maladies.

Que, dès lors, une infection, telle la tuberculose, la syphilis, la blennorragie, une streptococcie quelconque, etc.., qu'une auto-intoxication quelle qu'elle soit, frappent un individu prédisposé, l'organisme répond par certaines manifestations morbides. Et la peau, quand elle est le *locus minoris résistentiæ*, devient le siège de réactions, à caractères objectifs identiques, et dans les cas que nous étudions, c'est le psoriasis, bien que la cause occasionnelle puisse en être variable.

Il en est de même des régions articulaires.

L'individu réagit ainsi, en obéissant à sa constitution propre, héréditaire ou acquise.

C'est à la vieille thèse diathésique, rajeunie, que nous nous rallions, en attendant qu'on nous apporte les arguments probants qui feront la lumière définitive sur une question des plus difficiles et des plus complexes.

1° Régimes alimentaires

I. Lacté absolu		II. Mixte ovo-lacté		III. Mixte lacté		IV. Mixte faibl. carné		V. Mixte fortem. carné		VI. Végétarien abs.	
Lait.....	2.500 cc.	Lait.....	1.500 cc.	Lait.....	1.000 cc.	Viande	150 gr.	Viande....	450 gr.	Pain.....	300 gr.
		Œufs.....	2	Pain.....	200 gr.	Pain.....	200 gr.	Pain.....	200 gr.	Pommes de terre	300 gr.
		Pain.....	200 gr.	Pommes de terre	300 gr.	Haricots...	125 gr.	Pommes de terre	200 gr.	Lentilles...	150 gr.
		Pommes de terre	200 gr.	Beurre.....	30 gr.	Pommes de terre	350 gr.	Beurre.....	75 gr.	Farine d'avoine	50 gr.
		Beurre.....	30 gr.	Sucre.....	50 gr.	Beurre.....	40 gr.	Sucre.....	40 gr.	Beurre	100 gr.
		Sel.....	6 gr.	Haricots...	50 gr.	Sucre.....	50 gr.	Tilleul. ...	10 gr.	Sel.....	6 gr.
				Sel.....	6 gr.	Sel.....	6 gr.	Sel.....	6 gr.	Tilleul	10 gr.
				Tilleul.....	10 gr.	Tilleul.....	10 gr.	Eau	1.500 gr.	Eau.....	1.500 gr.
				Eau	1.000 gr.	Eau.....	1.500 gr.				

Comptes rendus des séances de la Société de biologie, 31 mars et 7 avril 1906.

2° Coefficients Urologiques Moyens

	RÉGIMES					
	Lacté absolu	Mixte ovo-lacté	Mixte lacté	Faiblement carné	Fortement carné	Végétarien
Coefficient azoturique $\frac{Az\,u}{Az\,t}$	0.86	0.86	0.81	0.82	0.82	0.78
Acide urique / Urée $\frac{A\,u}{U}$	0.243	»	0.306	0.318	0.228	0.456
Acide phosphorique / Azote total $\frac{P^2O^5}{Az\,t}$	0.218	»	0.191	0.165	0.128	0.189
Soufre total / Azote total $\frac{S\,t}{Az\,t}$	0.190	»	0.195	0.187	»	0.211
Soufre oxydé / Soufre total $\frac{S\,o}{S\,t}$	0.900	»	0.845	0.845	»	0.740
Soufre conjugué / Soufre total $\frac{S\,c}{S\,t}$	0.085	»	0.081	0.068	»	0.143

Comptes rendus des séances de la Société de biologie, 31 mars et 7 avril 1906.

CHAPITRE IV

Traitement.

Hygiène générale et alimentaire.

Les malades, atteints de psoriasis arthropathique, sont des débilités. L'hygiène générale sera donc d'un secours très utile pour leur amélioration.

Le grand air, le soleil sont à recommander.

Le psoriasis aurait été guéri par l'héliothérapie.

Ces malades doivent éviter toute fatigue. La marche et la position debout doivent être restreintes au minimum possible ; en effet, elles ne peuvent qu'agir défavorablement sur une articulation dont la nutrition est mauvaise.

Nous avons fait remarquer la diminution de la quantité d'albumine détruite par vingt-quatre heures, nous avons même vu cette quantité réduite à 27 gr. 55 (observation III).

Nous devons satisfaire les besoins diminués de nos malades et ne pas dépasser la ration optima.

Cette règle est absolue :

1° Pour ne pas produire des déchets très toxiques et des fermentations intestinales ;

2° Pour laisser reposer un organe dont la mission est de détruire les toxines ;

3° Pour faciliter l'élimination des déchets qui peuvent provoquer nombre de réactions cutanées, comme d'ailleurs nombre de réactions pathologiques.

Il suffit, en général, de deux ou trois analyse d'urines, pour déterminer cette ration. De cette manière, on n'a pas besoin de recourir à des régimes exclusifs, qu'il est parfois difficile d'imposer à des malades de ville ou d'hôpital, et qui dépassent parfois le but poursuivi.

La déminéralisation est intense et l'on doit la combattre. Il faut donc augmenter l'apport minéral de nos malades. Les céréales, les fruits doivent être ordonnés. Le régime végétarien complet peut être nécessaire. Cependant ce serait une erreur de faire suivre ce régime à un malade pendant trop longtemps. Derrière le psoriasis anthropathique, il y a souvent la tuberculose, d'après beaucoup de cliniciens. En tout cas, la déminéralisation prédispose à la tuberculose. L'organisme a besoin d'être remonté. Le régime végétarien n'est pas le stimulateur nécessaire. Chez certains sujets, s'il est trop longtemps maintenu, il peut provoquer des troubles digestifs : dilatation de l'estomac, entérite par mauvaise digestion intestinale des hydrocarbonés.

Il faut donc adapter le régime au besoin de chaque sujet, en tenant compte du besoin d'albumine, de la déminéralisation plus ou moins intense et de l'état général du malade.

Médicaments. — Nous ne nous apesantirons pas sur le traitement externe du psoriasis ; nous avons employé

le traitement habituel, qu'on trouve exposé dans tous les manuels.

La médication interne, qui répond aux besoins de nos malades, est assez riche mais d'un maniement assez difficile.

La déminéralisation phosphorée et souffrée, déjà combattue par les végétaux, peut l'être encore par le phosphore minéral et organique et par le soufre sous différentes formes. N'oublions pas l'instabilité des sujets pour les minéraux et nous comprendrons quel profit nous pouvons tirer de ces produits.

Les eaux sulfurées (Eaux d'Uriage) ont été employées avec efficacité.

Une solution qui donne de bons résultats est la suivante :

Sulfate de soude. . . / Phosphate de soude . \	ââ	4 grammes
Chlorure de sodium .		1 —
Eau distillée		1.000 —

Un verre à Bordeaux avant chaque repas.

Depuis quelques temps, une préparation spéciale, dont nous avons eu l'occasion de reconnaître toute la valeur thérapeutique (observ. II), a été recommandée par MM. le professeur Robin et Maillard, dans le traitement du rhumatisme chronique, c'est le soufre colloïdal. On commence par deux cuillerées à café par jour et on continue par deux cuillerées à soupe. Le traitement doit être prolongé, mais les résultats sont remarquables.

L'adrénaline, employée en solution au 1/1000 a une action antidéminéralisante, d'après certains auteurs.

L'arsenic, dont l'action peut s'expliquer « par le fait de son élimination par la peau et des modifications qu'il imprime à la vitalité et au fonctionnement de l'appareil tégumentaire », a sa place dans le traitement du psoriasis. L'action stimulante, qu'il exerce sur la nutrition générale, le désigne, ici, encore, lorsqu'on soupçonne surtout l'existence de la tuberculose et de la syphilis.

On connaît le métissage du psoriasis et de la syphilis. Dans ce cas, l'action du mercure est incontestable. Mais, même en dehors de la syphilis, lorsque aucun antécédent syphilitique n'est décélé, lorsque le Wassermann est négatif, le mercure joue un rôle salutaire dans l'amélioration du psoriasis arthropathique. M. le Dr Brocq a relaté plusieurs guérisons de psoriasis arthropathique rebelle par les injections de calomel ou de biiodure de Hg. Nous avons pu, dans nos observations, constater l'action bienfaisante de ces injections, non seulement sur le psoriasis mais sur les arthropathies, dont les douleurs s'atténuaient ou disparaissaient.

Dans les mêmes conditions, on emploie l'iodure de potassium. C'est une médication de fond, qu'on ne doit pas négliger.

Iode métallique.	1
Iodure de potassium	10
Eau distillée.	200

Quatre cuillerées à café par jour.

L'insuffisance endocrinienne existe, sans conteste, dans le psoriasis et le psoriasis arthropathique. L'opothérapie le prouve par ses succès. L'insuffisance thyroïdienne prédominerait. En tout cas, l'opothérapie

thyroïdienne a donné des résultats très favorables ; nous en avons constaté l'influence sur nos malades. Plusieurs auteurs ont guéri des rhumatismes chroniques par cette médication, employée à bon escient. La poudre de thyroïde sèche est la meilleure préparation et la dose à administrer doit être réglée suivant les besoins et la susceptibilité de chacun.

La poudre de thyroïde se donne depuis 5 milligrammes jusqu'à 10 et 20 centigrammes par jour.

L'opothérapie thyroïdienne a une action très marquée sur les combustions de l'organisme. Elle augmente dans une grande proportion, les coefficients d'oxydation azotée et soufrée.

Les fermentations intestinales sont efficacement combattues par les ferments lactiques et encore par le péroxyde de magnésium, donné en cachet de 50 centigrammes par jour.

Ces différents médicaments que nous venons de passer en revue, ne doivent pas être employés les uns à l'exclusion des autres. Les médicaments de fond : iodure, phosphore, arsenic doivent être administrés d'une façon continue ; il faut savoir cependant les intervertir, comme d'ailleurs toutes les autres médications préconisées. Une crise de psoriasis et d'arthropathie peut être améliorée par un médicament ; la crise suivante ne le sera pas ou sera justiciable d'une autre thérapeutique.

Il n'y a guère de règles spéciales qui permettent de prescrire tel ou tel médicament, à tel ou tel moment et, souvent, il est nécessaire de les employer tous, les uns après les autres, afin de savoir lequel agit le mieux.

CONCLUSIONS

I. — Lorsque le psoriasis s'accompagne de manifestations articulaires, il a une tendance à se généraliser et à s'aggraver (pages 11-16).

II. — Pour les uns, les manifestations articulaires ont avec le psoriasis, une connexion intime (p. 17-20).

Pour d'autres, elles ne sont qu'une coïncidence vulgaire (p. 20-21).

Pour d'autres enfin, l'arthropathie et le psoriasis sont deux affections distinctes, naissant sur un terrain commun (p. 21-23).

III. — Quelques auteurs voient dans le système nerveux, primitivement atteint, la cause du psoriasis arthropathique (p. 23-27), autant des lésions cutanées que de lésions articulaires.

D'autres, se basant sur certains caractères du psoriasis, affirment sa nature essentiellement infectieuse. Dans ce cas, les troubles articulaires sont sous la dépendance du microbe — mais quel microbe ? — et de ses toxines (p. 38-44).

D'autres enfin, invoquant la viciation nutritive du terrain, voient dans le psoriasis et dans l'arthropathie une réaction diathésique (p. 27-38).

IV. — Le travail que nous présentons, nous permet de constater que des infections ou des intoxications de diverses natures ont précédé l'apparition du psoriasis arthropathique ou coïncidé avec des poussées successives de cette affection (p. 44-88).

L'examen urologique nous permet encore de constater l'existence d'une constante chimique caractérisée par : l'insuffisance des oxydations azotées ; le taux élevé de l'acide urique ; l'instabilité du métabolisme des matières minérales, soufre et phosphore ; l'augmentation des éliminations sulfo-conjuguées ; la réduction de la consommation albuminoïde ; l'insuffisance des oxydations soufrées ; une certaine imperméabilité rénale (p. 88-94).

Ces déviations nutritives du psoriasis arthropathique sont du même ordre que celles de l'arthropathie chronique déformante et du psoriasis simple. Elles sont moins accentuées cependant dans cette dernière affection (p. 88-94).

Nous concluons donc au maintien du psoriasis arthropathique dans le cadre nosologique entre le psoriasis simple d'une part et les arthropathies chroniques déformantes d'autre part. Il emprunte ses caractères à ces deux affections : c'est un mixte.

Nous ne le considérons pas comme une entité morbide vraie, mais comme une sorte de *réaction morbide*, se faisant chez des sujets prédisposés, sous l'influence

de causes diverses : infections ou intoxications, du côté de la peau et du côtédes articulations (p. 92-94).

V. — L'évolution du psoriasis arthropathique peut être retardée par un traitement approprié, au point de simuler parfois une guérison. On doit prescrire à ces malades l'hygiène générale, une diète sévère et les médications symptomatiques ou de fond (p. 96-100).

Vu : le President de la thèse
MARFAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Adrian. — Mitteil aus den Grenzgeb der Med. und Chir. Bd XI, 1903.

— Ueber arthropathia psoriatica, 1903.

Annales de dermatologie, années 1904, 1906, 1910.

Audry. — Psoriasis et tuberculose (*Annales de dermatologie*, février 1913, p. 99).

— Pratique dermatologique, t. III.

Baermann. — *Archiv. f. dermatol. und Syph.* Bd LXIX, 1904.

Balzer. — Psoriasis et arthropathie (*Bulletin de la société française de dermatologie et de syphiligraphie*, 1911, t. XXII, p. 179-190).

Balzer et Burnier. — Psoriasis arthropathique (*Bulletin de la société française de dermatologie*, p. 180-196).

Balzer et Deshayes. — Psoriasis atypique au cours d'une infection blennorragique (*Bulletin de la société française de dermatologie*, 1906, p. 22-25).

Baquero y Tresarios. — Polyarthritis psoriatica (*Rivista ibero-amer. de ciencias méd.*, 1901, n° 10).

Bazin. — Affections cutanées d'origine arthritique et nerveuse, 1860.

Belot et Chaperon. — Radiographies de lésions et déformations articulaires du psoriasis arthropathique (*Bulletins et Mémoires de la société de radiologie médicale de Paris*, 1909, p. 269).

— Radiographie de lésions du début du psoriasis arthropathique (*Bulletins et mémoires de la société de radiologie médicale de Paris*, 11 janvier 1910, p. 13).

Bernay et Piéry. — Pathogénie du psoriasis (*Presse médicale*, 7 oct. 1896, p. 521).

Besnier. — Article « Rhumatisme » du Dictionnaire encyclopédique.

— Psoriasis et arthropathies (*Journal de médecine et de chirurgie*, t. LX, 12e cahier, décembre 1889).

Bouchard. — Maladies par ralentissement de la nutrition, 1882.

Bouffé. — Nature et traitement du psoriasis (Congrès de Caen. *La Semaine médicale*, 1894, 15 août, p. 370).

Boulay. — *Gazette des hôpitaux*, 1889, p. 1001.

Bourdillon. — Psoriasis et arthropathie. *Thèse de Paris*, 1888, n° 328.

Brac. — Considérations générales sur la pathogénie et le traitement du psoriasis (*Bulletin général de thérapeutique*, 1913, p. 661-697).

Brissaud. — Théorie nerveuse du psoriasis (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, mars 1889, p. 134).

Brocq (L.) et Ayrignac (J.). — Etude de la nutrition dans les dermatoses : l'urine des psoriasiques (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1906).

Brocq. — Diagnostic différentiel de psoriasis et de syphilide psoriasiforme (*Bulletin méd.*, Paris, 1908, p. 283-285).

— Traité de dermatologie pratique, deux volumes. Paris, 1906.

— Psoriasis arthropathique (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 1909, p. 549).

— Quelques réflexions sur l'étiologie du psoriasis. A propos des récentes publications américaines (*Annales de dermatologie*, 1910, p. 156-183).

Bukley. — On the value of an absolutedly vegetarian diet in psoriasis (internat. dermat. cong. Tr. N. Y., 1908-V, 144-155).

Campana. — Patogenesi e pathologia della psoriasi clin. dermosifilopat. d. r. univ. di Roma, 1905, p. 21-28.

Chauffard et Fiessinger. — *Bulletin de la société française de dermatologie*, 18 mars 1910.

Coffin. — Remarques sur la théorie parasitaire du psoriasis, février 1899 (p. 74).

— Etude sur la pathogénie du psoriasis (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 12 août 1893, p. 374).

Danlos. — Psoriasis et arthropathie (*Annales de dermatologie*, 1896, p. 52).

— Psoriasis et synovite fongueuse (*Bulletin de la société de dermatologie*, 4 mars 1904).

Darier. - Psoriasis arthropathique (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, 7 novembre 1903, p. 711).

Deutsch. — *Wiener Klin. Woch.*, 1898, n° 6.

Dujardin. — Le symptôme cutané (*La Clinique*, 1910).

Dujardin. — Recherches cliniques sur l'étiologie du psoriasis vulgaire (*Journal médical de Bruxelles*, 1911, n°s 24 et 25).

— Nature du psoriasis (*Progrès médical Belge*, 1914, n° 1).

Duron. — Quelques considérations sur les rapports du psoriasis et du rhumatisme et en particulier du rhumatisme chronique fibreux. *Thèse de Paris*, 1886, n° 249.

Eger. — Rapports entre le psoriasis et l'arthropathie (*Berl. Klin. Wochens.*, 8 juillet 1895, n° 27).

Fischel. — Inaug. Dissertat. Berlin, 1897.

François-Dainville. — Des troubles de la nutrition et de l'élimination urinaire dans les dermatoses diathésiques (eczéma, psoriasis). *Thèse Paris*, 1905.

Gamrat. — Altération in nitrogenous metabolism psoriasis. *Russk J. Kozhn, r. ven. Boliezn Kharkov*, 1910, p. 134-137.

Gaucher. — Métastase du psoriasis (2e congrès de dermatologie, Vienne, 1892).

Gaucher et Rostaine. - Psoriasis et arthropathie (*Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1er mai 1903).

Gaucher. — Troubles de nutrition et élimination urinaire dans le psoriasis (*Journal de physiologie et de pathologie générales*, 1904, p. 703).

— Troubles de nutrition et élimination urinaire dans le psoriasis (*Journal de physiologie et de pathologie générales*, 15 mars 1905, p. 356).

— Étiologie et symptomatologie du psoriasis (*Gazette des Hôpitaux*, 7 mars 1912, p. 389).

— Psoriasis et rhumatisme articulaire aigu (*Bulletin de la Société française de dermatologie*, 1912).

Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie. Théorie nerveuse du psoriasis, 1er mars 1889, p. 134.

Gazette médicale de Paris. — Psoriasis arthropathique, 10 mai 1911.

Géber. — Nitrogen und Schwefelstoffwechsel untersuchungen bei psoriasis vulgaris (*Dermat. Etschr Bul.*, 1913, p. 377-393).

Gerhardt. — Rapports entre le psoriasis et les affections articulaires (*Berl. Klin. Wochens.*, 17 septembre 1894, n° 38).

Gougerot. — Signes diagnostic et traitement du psoriasis (*Progrès médical*, 1903).

Grosz. — *Weiner. Klin. Woch.*, 1899, n° 9.

Grube. — *Berliner Klin. Woch.*, 1897, n° 52.

Hœmmerli (T.). Untersuchungen über den mineralischen stoffwechsel bei psoriasis (*Monatsh f. prakt dermat. Hamb.*, 1911, p. 117-195).

Hallopeau et Macé de Lépinay. — Arthropathie psoriasique aiguë blennorragique (*Bulletin société française de dermatologie*, 1906)

Havenith. — Pathogénie et traitement du psoriasis (*Journal de Fournier*, juillet 1890).

Herz. — Trois cas de psoriasis compliqués d'accidents articulaires (*Journal de Fournier*, juillet 1896, p. 443).

Herz. — *Weiner. med. Woch.*, 1896, n° 39.

Hilbing. — *Beitrag zur Atrologie und Pathogenese Psoriasis* (München. C. Wolf, 1905).

Hotel (d'). — Étude clinique sur les troubles trophiques de la peau et de ses dépendances dans le rhumatisme articulaire chronique. *Thèse de Paris*, 1890, n° 321.

Jaccoud. — Leçons de clinique médicale. Charité, 1867.

Jacquet. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (t. VII, 1896, p. 53).

Jadassohn. — *Berliner Klinik*, 1897. Heft, 113.

Jourdanet. — Coexistence du rhumatisme chronique déformant et du psoriasis (Société des sciences médicale de Lyon, in *Lyon médical*, n° 6, 11 février 1900, p. 200).

Krankow. — De la composition chimique de l'urine et de l'épiderme dans le psoriasis généralisé (*Semaine médicale*, 15 avril 1891).

Kutznitzky. — *Arch. fur Dermatol. u syph.* Bd, XXXVIII, 1897.

Léopold Lévi. — Psoriasis et rhumatisme chronique (*Société de biologie*, 1er semestre 1913 in *La Clinique* 26 septembre 1913, p. 621).

Le Roy. — On the œtiology of psoriasis (*N. York. M. J.*, 1908 p. 785).

Lippmann-Wulff. — *Dermat. Zeitchrift.* 1903. Bd 10.

Ludwig Nielsen. — Recherches cliniques et étiologiques sur le psoriasis (*La Semaine médicale*, 10 décembre 1892).

Menzen. — *Archiv. f. Dermat. und syph.* 1904. Bd LXX.

Molinie. — Observation de polyarthrite déformante progressive avec goitre concomitant. Psoriasis arthropathique chez un descendant (*Bulletin de la société médicale des hôpitaux de Paris*, 23 octobre 1908, p. 369).

Monde Médical (*le*). Le psoriasis (août 1899).

Nielsen. — *Monatsh f. Prakt. Dermat.* Bd XXV.

Petges (G.) et Desqueyroux. — Tuberculose inflammatoire et psoriasis (*Archives de dermatologie*, mars 1913).

Pollitzer. — The œtiology of psoriasis (Transactions of the american dermatological association Philadelphie, 3-5 juin 1909, p. 109).

— Réflexions sur l'étiologie des psoriasis (*Annales de dermatologie*, 1910 p. 401-404).

Polotchnoff. — Psoriasis dermat. Stud II, 5.

Poncet. — Tuberculose inflammatoire (*Bulletin de la société de dermatologie*), 1911.

Pospelow. — Psoriasis vulgaris rupioïde avec arthropathie des deux genoux (*Société de dermatologie et de vénéréologie de Moscou*, 15 octobre 1912).

Poueydebat. — Essai sur les manifestations cutanées du rhumatisme chronique (*Thèse de Paris*, 1901).

Quinquaud. — Sur le psoriasis (*Journal de médecine et de chirurgie*, 1891, p. 728).

Revue de Hayem. Un cas de psoriasis avec localisations prédominantes sur des territoires nerveux (1893).

Rosenthal. — *Archiv. f. Dermat. und Syph.*, 1893.

Rossi. — Psoriasis développé chez une femme enceinte et guéri par l'accouchement provoqué (*Gazette hebdomadaire*, 1891).

Schoenfeld. — Ist die psoriasis ein symptom chronischer infektiomkrankheiten (*Deutsch. med. Wehnschr. Lüpz. u. Berl.*, 1913, p. 1446).

Schamberg (J.-F). — Du psoriasis et de la teneur du régime alimentaire en azote (*Semaine médicale*, 28 janvier 1914).

Sellei. — *Wiener. med. Woch.*, n° 34, 1909.

Stoffer. — Plaüfuss und arthropathia psoriatica. *Münchener med. Wochenschrift*, 1909, n° 17.

Strauss. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1898, n° 28.

Thibierge. — Maladies cutanées, in Charcot, Bouchard, Brissaud, 1892.

Umbert. — Un caso de psoriasis en una familia vegetariana *Rev. de cien. med. de Barcel.*, 1910, p. 439).

Unna. — Pariser Briefe (*Monats. f. pratit. dermat.*, 1888).

Verrotti. — Pathogénie du psoriasis (*Annales de dermatologie*, 1903).

— La pathogenesi della psoriasi, 1908.

Waelsch (L.). — Sur les rapports existant entre le psoriasis et les arthropathies (*Archiv. für dermatol. und syphilis*, 1910, t. 104, p. 195 et 453).

Weidenfeld. — Pathogénie du psoriasis (*Annales de dermatologie*, 1914).

Widal, Teissier et Roque. — Rhumatisme (in Traité de médecine de Brouardel, Gilbert et Thoinot, 1908).

Winfield. — Étiologie du psoriasis (*Journal médical d'Édimbourg*, novembre 1912, p. 467).

Wollenberg (G.-A.). — Kasinstischer Beitrag. zur sogenannten arthropathia psoriatica (*Berl. Klin. Wehnschr.*, 1909, p. 50-53).

MAYENNE, IMPRIMERIE CHARLES COLIN